

DANIEL SORANZ

**AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO TRAÇADOR
DE RESULTADOS DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA:
UM INQUÉRITO DOMICILIAR EM MANGUINHOS**

Rio de Janeiro/RJ, março de 2008

FUNDAÇÃO OSWA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBAREA: POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

DANIEL SORANZ

**AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO TRAÇADOR
DE RESULTADOS DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA:
UM INQUÉRITO DOMICILIAR EM MANGUINHOS**

Dissertação submetida à avaliação como
requisito para a obtenção de grau de
Mestre, na subárea de Políticas Públicas
e Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Ligia Giovanella

Rio de Janeiro/RJ, março de 2008

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S713a Soranz, Daniel

Avaliação do planejamento familiar como traçador de resultados das ações de atenção básica: um inquérito familiar em Manguinhos. / Daniel Soranz. Rio de Janeiro: s.n., 2008.

xx, 192 p., il., tab., graf.

Orientador: Giovanella, Ligia

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Planejamento Familiar - Manguinhos. 2. Avaliação de Resultado de Ações Preventivas. 3. Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Anticoncepção. 6. Financiamento em Saúde. 7. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.96098153

Daniel Soranz

**AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO TRAÇADOR
DE RESULTADOS DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA:
UM INQUÉRITO DOMICILIAR EM MANGUINHOS**

Dissertação apresentada a Escola
Nacional de Saúde Pública da Fundação
Oswaldo Cruz para obtenção do título de
Mestre em Ciências
Orientador: Prof. Dra. Ligia Giovanella

Rio de Janeiro, 31 de março de 2008.

Banca Examinadora:

TITULARES:

Prof Dra. Ligia Giovanella – ENSP/Fiocruz - Orientadora
Prof Dr. José Mendes Ribeiro – ENSP/Fiocruz
Prof Dr Luiz Felipe Pinto – Faculdade de Medicina/Unifeso

SUPLENTE:

Prof Dra. Jeni Vaitsman – ENSP/Fiocruz
Prof Dr. Gerson Oliveira Penna - UnB

Dedico esta dissertação a geração de sanitaristas que construiu os marcos da saúde como bem social e público no Brasil e pelo sólido caminho ideológico de um sistema de saúde universal.

A Deus pelos dons concedidos,

*A equipe de saúde da família do Parque Oswaldo Cruz
e a comunidade do Amorim da qual faço parte e tenho a alegria de dividir a vida.*

*A Escola Nacional de Saúde Pública em especial ao Departamento de Ciências Sociais
e o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz
pela possibilidade de aprender a aprender
Em especial aos docentes José Mendes Ribeiro,
Elizabeth Dorighetto, Antonio Sergio Fonseca e Syglia Soares*

*Aos agentes comunitários da Equipe de Saúde da Família do Parque Oswaldo Cruz,
Márcia, Edna, Karina, Luana, Denise, Sabrina e da Equipe de Mandela de Pedra,
Dulce, Miriam, Maria da Glória, Fernanda, Vera, Janete,
sem as quais este trabalho não seria possível*

*Aos meus avós que me ensinaram a viver
A minha Mãe pela capacidade incondicional de amar
Ao meu Pai por me ensinar a coragem de superar obstáculos
E a minha irmã e irmão que amo, pela compreensão
dos momentos de ausência na construção deste trabalho*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a assistente social Márcia Rodrigues pelo exemplo de dedicação e luta pelo direito reprodutivo das mulheres de Manguinhos.

A Professora Vera Pacheco, a quem devo a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, por todos os valiosos conselhos no processo de trabalho.

Ao Professor José Inácio Motta e a Professora Marina Noronha por ensinar a arte da docência e da Saúde Pública utilizando como matizes o carinho e o afeto.

Ao Professor Luiz Felipe Pinto pela generosidade em todos os processos de ensino aprendizagem.

A Professora Karen Giffin pela excelente disciplina de Gênero e Saúde

Ao Professor Nilson do Rosário Costa coordenador de subárea de Políticas Públicas de Saúde pelo forte apoio conceitual e bibliográfico para a elaboração desta dissertação.

Ao Secretário de Vigilância em Saúde Dr. Gerson Penna por todo o material institucional disponibilizado e por acreditar e cobrar que esta pesquisa fortaleça a gestão do SUS.

A Professora Ligia Giovanella, pela segura orientação, pelo carinho e por acreditar na viabilidade do tema.

E aos colegas de mestrado e amigos do NUPES pelo clima de cumplicidade, companheirismo, construindo e dividindo projetos, sonhos, dúvidas e sucessos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores selecionados dos setores censitários especiais de aglomerados subnormais, Município do Rio de Janeiro, 2000	19
Tabela 2 - Indicadores demográficos selecionados segundo comunidades, Mangunhos, Rio de Janeiro, 2006	20
Tabela 3 - População de 10 anos ou mais segundo nível de escolaridade, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Mangunhos, Rio de Janeiro, outubro de 2007	23
Tabela 4 - Distribuição das mulheres em idade fértil por área da Estratégia de Saúde da Família segundo cobertura de planos de saúde, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	23
Tabela 5 – Universo: Distribuição das mulheres em idade fértil na Comunidade de Mangunhos, Estratégia de Saúde da Família, Rio de Janeiro, outubro/2006	24
Tabela 6 – Amostra selecionada: distribuição das mulheres em idade fértil nas duas comunidades selecionadas de Mangunhos, Rio de Janeiro, outubro/2006	26
Tabela 7 – Amostra realizada (n=388): Distribuição das mulheres em idade fértil nas duas comunidades de Mangunhos, Rio de Janeiro, julho a setembro/2007	27
Tabela 8 - Aspectos sócio-demográficos de mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	35
Tabela 9 – História reprodutiva das mulheres em idade fértil , Mandela de Pedra (N1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (N2=1.004), Rio de Janeiro, 2007	37
Tabela 10 – Distribuição dos sentimentos observados durante a gravidez entre as mulheres em idade fértil que tiveram pelo menos um filho nascido vivo, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	38
Tabela 11 – Planejamento de filhos entre as mulheres em idade fértil, Áreas da Estratégia de Saúde da Família, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	40
Tabela 12 - Mulheres em idade fértil segundo utilização de métodos anticoncepcionais, Mandela de Pedra (n1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (n2=1.004, Rio de Janeiro, 2007	41
Tabela 13 – Características utilização de métodos anticoncepcionais em mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	42
Tabela 14 - Mulheres em idade fértil que utilizam algum método anticoncepcional segundo pessoa que influenciou na escolha do método, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 15 - Mulheres em idade fértil segundo que razões para a não utilização de método anticoncepcional, Mandela de Pedra (N1=390) e Parque Oswaldo Cruz (N2=310), Rio de Janeiro, 2007	44
Tabela 16 - Condição reprodutiva referida pelas mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007	44
Tabela 17 - Distribuição da utilização atual de métodos anticoncepcionais e desejo de utilização sem contra-indicação clínica e legal de mulheres em idade fértil (*), Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz Manguinhos - Rio de Janeiro - 2007	45
Tabela 18 – Perfil de utilização de métodos anticoncepcionais hormonais entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	47
Tabela 19 – Perfil de utilização da laqueadura entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	49
Tabela 20 – Desejo de realização de laqueaduras entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	50
Tabela 21 – Perfil de utilização do dispositivo intra-uterino (DIU) entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	51
Tabela 22 – Utilização da camisinha pelos companheiros das mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	52
Tabela 23 – Morbidade referida e hábitos de vida entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (n1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (n2=1.004), Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007	53
Tabela 24 – Realização de exames de rotina entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (N1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (N2=1.004), Rio de Janeiro, 2007	56
Tabela 25 – Perfil de utilização dos serviços de saúde entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (n1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (n2=1.004), Rio de Janeiro, 2007	57
Tabela 26 – Perfil de utilização dos serviços de saúde entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (n1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (n2=1.004), Rio de Janeiro, 2007	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 27 - Distribuição do número de procedimentos ambulatoriais e valores associados ao planejamento familiar, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007	60
Tabela 28 - Distribuição do número de procedimentos ambulatoriais associados ao planejamento familiar, por grupo de mulheres em idade fértil, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007	61
Tabela 29 - Distribuição do número de internações hospitalares e valores totais associados ao planejamento familiar, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007	62
Tabela 30 - Distribuição do número de internações hospitalares por 1.000 mulheres associadas ao planejamento familiar, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007	63
Tabela 31 - Número de abortos espontâneos, abortos provocados e total de gestações ao longo da vida reprodutiva, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007	70
Tabela 32 – Número de partos, curetagens pós-aborto e estimativas de gestações e abortos realizadas pelo SUS, Município do Rio de Janeiro, 2007	71
Tabela 33 - Proporção da população feminina em idade fértil por uso de métodos anticoncepcionais segundo faixa etária, Brasil - 1996 versus comunidades de Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007	75
Tabela 34: Distribuição das mulheres em idade fértil segundo condição reprodutiva, Comunidades de Mandela e do Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007	88
Tabela 35: Distribuição de necessidade de oferta para as mulheres em idade fértil segundo condição reprodutiva e método de escolha, Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, Rio de Janeiro, 2007	89
Tabela 36 - Distribuição do desejo de utilização métodos contraceptivos para as mulheres em idade fértil- Parque Oswaldo Cruz / Mandela de Pedra, Manguinhos, Aglomerado subnormal no Rio de Janeiro, 2007	98
Tabela 37 - Custos anuais para o início e manutenção dos métodos utilizados pelas mulheres, Áreas Geográficas Seleccionadas, 2007 (R\$ 1,00)	99
Tabela 38 - Estimativas de valores gastos pelo Sistema Único de Saúde para abortos provocados e filhos não desejados - Comunidades de Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz Rio de Janeiro – 2007	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Critérios definido por Kessner et al. (1992) para seleção de um traçador para avaliação de serviços de saúde e características das ações programáticas de Planejamento Familiar	15
Quadro 2 - Matriz de Indicadores Propostos para Análise do Planejamento Familiar das Comunidades de Manginhos, Rio de Janeiro	32
Quadro 3 - Indicadores de impacto selecionados para análise do planejamento familiar	65
Quadro 4 – Parâmetros na literatura sobre gestações planejadas	66
Quadro 5 – Parâmetros na literatura sobre mulheres que deixaram de estudar por motivo de gravidez ou para cuidar dos filhos	66
Quadro 6 – Parâmetros na literatura sobre gestações indesejadas	67
Quadro 7 – Parâmetros na literatura sobre pensamento de abortar	68
Quadro 8 – Parâmetros na literatura sobre tentativa de aborto	68
Quadro 9 – Parâmetros na literatura sobre abortos provocados	70
Quadro 10 - Indicadores de utilização selecionados para análise do planejamento familiar	72
Quadro 11 – Parâmetros na literatura sobre utilização de métodos anticoncepcionais	73
Quadro 12 – Parâmetros na literatura sobre a distribuição de utilização de métodos anticoncepcionais	74
Quadro 13 – Parâmetros na literatura sobre a satisfação com a utilização do método anticoncepcional escolhido	76
Quadro 14 – Parâmetros na literatura sobre a realização de consulta médica antes da utilização do método anticoncepcional escolhido	76
Quadro 15 – Definindo a variável ‘no de mulheres com contra-indicação clínica para uso de métodos anticoncepcionais	77
Quadro 16 – Parâmetros na literatura sobre a utilização de algum método anticoncepcional com contra-indicação clínica	78
Quadro 17 – Parâmetros na literatura sobre o pagamento de consulta médica antes da utilização de método anticoncepcional	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 18 – Parâmetros na literatura sobre a utilização de camisinhas em todas as relações sexuais	79
Quadro 19 – Parâmetros na literatura sobre a participação de mulheres em atividades de grupo de planejamento familiar na unidade de saúde	81
Quadro 20 - Indicadores de cobertura selecionados para análise do planejamento familiar	81
Quadro 21 – Parâmetros na literatura sobre as taxas de cobertura de consultas de planejamento familiar	82
Quadro 22 – Parâmetros na literatura sobre as taxas de cobertura de reuniões educativas/atividades de educação em saúde de planejamento familiar	84
Quadro 23 – Parâmetros na literatura sobre a cobertura de atendimentos clínicos para indicação/fornecimento/inserção de DIU (SUS) por mulheres em idade fértil	85
Quadro 24 – Parâmetros na literatura sobre as taxas de cobertura de laqueaduras tubárias (SUS) por mulheres em idade fértil	86
Quadro 25 – Forma de apresentação dos métodos anticoncepcionais	92
Quadro 26 – Descrição das variáveis consideradas para compor as estimativas de necessidades atual de manutenção anual de métodos contraceptivos apresentadas no Quadro 27 e 28, Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e de Mandela de Pedra, Rio de Janeiro, 2007	93
Quadro 27 - Planilha de estimativa da necessidade atual (cobertura inicial de 100%) de métodos anticoncepcionais para a população feminina, comunidades de Mandela de Pedra e do Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007	95
Quadro 28 - Planilha de estimativa da necessidade anual para manutenção dos métodos anticoncepcionais para a população feminina, comunidades de Mandela de Pedra e do Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –Modelo lógico da rede causal do programa de planejamento familiar ligando a intervenção ao desfecho	16
Figura 2 - Mapa do bairro de Manguinhos, sub-distrito de Ramos, Rio de Janeiro, 2000	19
Figura 3 - Comunidade de Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2000	21
Figura 4 - Comunidade de Mandela de Pedra, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2000	21
Figura 5– Inferência estatística proposta de extrapolação dos dados amostrais para um universo homogêneo formado por aglomerados subnormais típicos	28
Figura 6 – Fluxograma de linha de cuidado das ações de planejamento familiar	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:Taxa de fecundidade segundo classe de rendimento mensal familiar, Brasil, 2000	4
Gráfico 2 - Pirâmide etária da comunidade de Mandela de Pedra, Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, 2006	22
Gráfico 3 - Pirâmide etária da comunidade de Parque Oswaldo Cruz, Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, 2006	22
Gráfico 4 - Proporção de mulheres em idade fértil segundo faixa etária e microáreas, Parque Oswaldo Cruz /Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, outubro 2006	25
Gráfico 5 - Proporção de mulheres em idade fértil segundo faixa etária e microáreas, Mandela de Pedra, Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, outubro 2006	25
Gráfico 6 - Número médio de anos de estudo e rendimento médio mensal do responsável pelo domicílio, aglomerados subnormais existentes nos bairros do município do Rio de Janeiro, 2000	30
Gráfico 7 – Evolução dos sentimentos ao ter o primeiro, segundo e o terceiro filhos, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro – 2007	39
Gráfico 8 - Mulheres em idade fértil que utilizam algum método anticoncepcional segundo satisfação com o método, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007	43
Gráfico 9 - Morbidade referida e hábitos de vida entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (N1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (N2=1.004), Rio de Janeiro, 2007	54
Gráfico 10 – Distribuição do número de camisinhas utilizadas por semana por idade, Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007	80
Gráfico 11 - Distribuição dos valores per capita dos procedimentos associados ao planejamento familiar e gasto mínimo necessário, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007	102

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GIL – Gerenciador de Informações Locais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MP – Mandela de Pedra

MS – Ministério da Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

POC – Parque Oswaldo Cruz

PSF – Programa de Saúde da Família

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação sobre Atenção Básica

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO TRAÇADOR DE RESULTADOS DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA: UM INQUÉRITO DOMICILIAR EM MANGUINHOS

Resumo

No Brasil, o Ministério da Saúde vem incentivando a expansão da atenção básica, tendo como principal estratégia a saúde da família para a ampliação do acesso e coordenação da atenção, mediante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. O objetivo deste estudo foi avaliar as ações de planejamento familiar como traçador de resultados, da qualidade da atenção básica, em duas comunidades de Manguinhos, Rio de Janeiro. Para isto foi realizado a análise dos perfis de utilização e expectativa de uso dos métodos anticoncepcionais, além da descrição da produção de procedimentos relacionados ao planejamento. O desenho deste estudo considerou um inquérito domiciliar mediante a seleção, pelo cadastro das fichas A do SIAB, de uma amostra aleatória simples por microárea das comunidades de Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz (n=388). O instrumento de coleta com 81 perguntas, foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos. Os dados secundários utilizados foram obtidos a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), e do Gerenciador de Informações Locais (GIL). A matriz elaborada para a análise dos dados incluiu indicadores de impacto, utilização e cobertura. Entre a população estudada, 68% das mulheres relataram usar algum método anticoncepcional; 42% a pílula; 28% a camisinha e 22% a laqueadura. Entre os indicadores de impacto, a frequência de gestação indesejada foi de 35%, e os abortos provocados de 8% das gestações. Entre as mulheres que freqüentavam a escola, cerca de 20% relataram ter parado de estudar por motivo de gravidez. Para os indicadores de utilização, é marcante que 27% das mulheres não realizaram nenhuma consulta médica antes da escolha do método anticoncepcional. Avaliando as ações de um programa de saúde fortemente ligado à atenção básica, evidenciou-se uma baixa cobertura de todos os procedimentos de planejamento familiar, com redução gradual do investimento no município do Rio de Janeiro. Seus indicadores de resultados e de utilização demonstram a baixa efetividade do Planejamento Familiar, e a marcante diferença de acesso em relação à renda, nos aglomerados subnormais estudados. Ao final deste estudo foi possível estimar a oferta necessária e o custo de procedimentos, ações e insumos na área de planejamento familiar considerando a linha de cuidado proposta. Discutir a política de planejamento familiar no âmbito da atenção básica, de forma a respeitar a opinião feminina, evidenciando os problemas implicados na gênese dessa demanda, é fundamental. Desde 2000, passando pela intervenção de 2005, até os dias de hoje, a gestão municipal do Rio de Janeiro tem mostrado pouco resultado no incremento das ações de atenção básica, fortalecendo dessa forma, como citava Arouca, a “inampização” do SUS, com o sistema fortemente centrado nos hospitais e a ausência de uma atenção básica resolutiva. Mudar o modelo de atenção é o desafio que a PNAB (2006) coloca às esferas de gestão dos municípios brasileiros, particularmente no caso deste estudo, ao município do Rio de Janeiro, garantindo com isso, um acesso universal, longitudinal, territorializado, com responsabilização objetiva de todas as esferas de governo.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Planejamento Familiar; Anticoncepção; financiamento de programas de saúde, Saúde da Família, traçador de qualidade.

FAMILY PLANNING EVALUATION AS A RESULTS INDICATOR FOR PRIMARY HEALTH CARE: A HOUSEHOLD SURVEY IN MANGUINHOS

Abstract

The Brazilian Ministry of Health has sought to expand primary health care using family health as the main strategy to increase access to care and coordination of services through the guidelines of the National Primary Healthcare Policy. The objective of this study is to evaluate family planning activities as a results indicator of the quality of care in two communities in Manguinhos, Rio de Janeiro municipality. This was done through the analysis of use and user expectations of contraceptive methods, in addition to the description of procedures undertaken for family planning. The design of this study included a household survey of a random sample in the Mandela de Pedra and Parque Oswaldo Cruz (n = 388) districts, using the A form registration of the Primary Healthcare Information System (SIAB). The data collection tool contained 81 questions and was given to women from 15 to 49 years. The secondary data utilized in the study were obtained from the Outpatient Health Information System (SIA-SUS), the Hospital Admittance Information System (SIH-SUS) and the Local Information Management System (GIL). A matrix produced for the analysis of the data included impact, usage and coverage indicators. In the population studied, 68% of women reported using some form of birth control; the pill was used by 42%; condoms 28% and tubal ligation 22%. Among the impact indicators, the frequency of unwanted pregnancies was 35% and abortions were induced in 8% of pregnancies. Of the women that attended school, close to 20% indicated that they dropped out due to pregnancy. In relation to service usage indicators, it is noteworthy that 27% of women did not see a physician before choosing a contraceptive method. In evaluating the activities of a health program so closely linked to primary care, one sees low coverage of all family planning procedures coupled with a gradual reduction in investments from the Rio de Janeiro municipality. The results and usage indicators show limited effectiveness of family planning and a clear difference in access based on income, particularly in the areas studied. At the conclusion of this study it was possible to estimate the supply and cost of family planning procedures, activities and inputs needed to achieve the proposed level of care. It is essential to discuss family planning policies in the sphere of primary healthcare in such a way that fully respects women's opinions and the problems present since the beginning of demand for services. Since 2000, including the initiatives of 2005 and continuing until today, the municipal government of Rio de Janeiro has shown few results in the implementation of effective primary healthcare. As noted by Arouca, this has led to a kind of regression of the SUS health system towards one focused on hospital care with an absence of effective preventive basic care as was the case under the INAMPS. To change this model of care is the key challenge that the National Primary Healthcare Policy (2006) places before all Brazilian municipal administrations, particularly that of Rio de Janeiro, as the results of this study show. This is critical to guarantee universal access to quality healthcare at all levels as is the clear responsibility of federal, state and municipal governments.

Key Words: Primary Health Care; Family Planning; Contraception; Health Program Finance; Family Health Program, Quality Indicators.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE QUADROS	xi
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE GRÁFICOS	xiv
LISTA DE SIGLAS	xv
RESUMO	xvi
ABSTRACT	xvii
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	1
1.1. Justificativa	3
1.2. A Política Nacional de Planejamento Familiar	7
1.3. O PAISM no Município do Rio de Janeiro	11
1.4. Objetivos	13
CAPÍTULO 2 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	14
2.1. Desenho do estudo	16
2.2. O espaço da pesquisa	18
2.3. Plano de Amostragem	24
2.4. Possibilidade de extrapolação de resultados para as comunidades do Complexo de Manguinhos e entre os aglomerados subnormais típicos do município do Rio de Janeiro	28
2.5. Levantamento de dados para elaborar o perfil da produção ambulatorial no Município do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2007	30
2.6. Considerações Éticas	33
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS	34
3.1. O perfil das gestações	36
3.1.1. Sobre os sentimentos na gestação	38
3.2. O Perfil de Utilização dos Métodos Anticoncepcionais nas Comunidades de Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro	40
3.2.1. A utilização de algum método anticoncepcional	41
3.2.2. A utilização de mais de um método anticoncepcional	44
3.2.3 Perfil de uso dos métodos anticoncepcionais hormonais	46
3.2.4 Perfil de uso da laqueadura	48
3.2.5 Perfil do uso do DIU	51
3.2.6 - Perfil do uso “camisinha” (preservativo masculino)	51
3.3. Sobre a Morbidade Referida e Hábitos de Vida	53
3.4. Realização de Exames de Rotina	55
3.5. Caracterização dos Serviços de Saúde utilizados	57

3.6. Análise da Produção de Procedimentos de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro no Período de 2000 a 2007 - SIA, SIH	59
3.6.1. Procedimentos ambulatoriais	59
3.6.2. Procedimentos hospitalares	62
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO	64
4.1. Sobre o Impacto	64
4.1.1. Gestações e número de filhos nascidos vivos planejados	65
4.1.2. Mulheres que deixaram de estudar por motivo de gravidez ou para cuidar dos filhos	66
4.1.3. Gestações e número de filhos indesejados	67
4.1.4. Mulheres que pensaram em abortar	67
4.1.5. Mulheres que tentaram abortar	68
4.1.6. Número de abortos provocados entre as gestações referidas ao longo da vida reprodutiva	69
4.2. Sobre a Utilização	72
4.2.1. A utilização de métodos anticoncepcionais	73
4.2.2. Satisfação com o método anticoncepcional escolhido	75
4.2.3. Realização de consulta médica antes da utilização do método escolhido	76
4.2.4. Utilização de método anticoncepcional com contra-indicação clínica	77
4.2.5. O pagamento de consulta médica para utilização de método anticoncepcional	78
4.2.6. Disponibilidade no setor público para utilização do método anticoncepcional escolhido	79
4.2.7. Utilização de camisinha	79
4.2.8. Participação de mulheres em reuniões educativas/atividades de grupo de planejamento familiar na unidade de saúde	81
4.3. Sobre a Cobertura	81
4.3.1. Taxa de cobertura de consultas de planejamento familiar	82
4.3.2. Taxa de cobertura de grupos de educação em saúde (SUS)	83
4.3.3. Cobertura de atendimentos clínicos para indicação/ fornecimento/ inserção de DIU (SUS) por mulheres em idade fértil	85
4.3.4. Cobertura de laqueaduras tubárias (SUS) em mulheres em idade fértil	86
5. ESTIMATIVAS DE NECESSIDADES E CALCULO DE RECURSOS PARA A COBERTURA UNIVERSAL EM PLANEJAMENTO FAMILIAR	88
5.1. Linha de Cuidado das Ações de Planejamento Familiar	89
5.2. Necessidade Atual para uma Cobertura Inicial das Mulheres em Idade Fértil	92
5.3. Necessidade Permanente para cobertura universal das Mulheres em Idade Fértil	96
5.4. Projeção das Necessidades Iniciais e Permanentes para todas as Comunidades do Bairro de Manguinhos	98
5.5. Gastos Governamentais Atribuíveis à Falta de Programas de Planejamento Familiar	100
5.6. O Valor Gasto Per Capita para as Ações de Planejamento Familiar	101

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	103
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	118
ANEXO I - PAISM	119
ANEXO II - Legislação Brasileira Sobre Planejamento Familiar	135
ANEXO III - O questionário	143
ANEXO IV - Pirâmides Etárias das Comunidades de Manguinhos	153
ANEXO V - Erros de amostragem para as estimativas de total e proporção	160
ANEXO VI - Notas Técnicas	163
ANEXO VII - Indicadores propostos para o Inquérito Domiciliar	167
ANEXO VIII - Banco de Preços em Saúde	178
ANEXO IX - Estimativas de Custos para a linha de cuidado das ações de Planejamento Familiar (de acordo com a Figura 8.1) para diversos aglomerados Subnormais típicos considerando dados projetados para o ano de 2007	183
ANEXO X - Ações De Planejamento Familiar Prevista No Programa De Aceleração Do Crescimento – PAC SAÚDE	190

1. Introdução

No Brasil, o Ministério da Saúde vem incentivando a expansão da atenção básica, com a implantação, desde 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente a principal estratégia para ampliação do acesso e a coordenação da atenção no sistema de saúde (Marques, 2002). O Piso de Atenção Básica (PAB), instituído pela NOB-96, em vigência a partir de fevereiro de 1998, foi um fator decisivo para a descentralização do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a responsabilidade pela prestação de serviços e a gestão da rede básica de serviços de saúde. Analisando os dados do PAB, Costa & Pinto (2002) demonstram que o setor saúde teve relativo sucesso na iniciativa da descentralização, com a ampliação da oferta de atenção básica ambulatorial e com impacto redistributivo nas transferências federais.

Com incentivos financeiros específicos definidos no PAB, o Saúde da Família expandiu-se progressivamente. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em novembro de 2007, 86% dos municípios brasileiros contavam com pelo menos uma equipe de Saúde da Família, perfazendo um total de 26.861 equipes em funcionamento. A população coberta na ocasião correspondia a 46,4% da população brasileira (SIAB, 2007). Observa-se que a implantação do PSF ocorreu de forma mais acelerada em municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada, e mais lenta em grandes centros urbanos (Ribeiro, 2005).

Em 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março (Brasil, 2006), a estratégia de Saúde da Família foi institucionalizada enquanto um dos componentes centrais da Política Nacional de Atenção Básica, tendo como objetivo a mudança do modelo de atenção à saúde, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade, além de fortalecer a regionalização em seu menor nível de agregação.

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (...). É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.”
(Brasil, 2006, p. 3).

Pela Política de Atenção Básica, a função de coordenação da atenção à saúde talvez seja a grande inovação feita pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sistemas de saúde que contam com uma “porta de entrada”¹ organizada, ancorada em uma rede sólida e fortalecida de atenção básica, tendem a apresentar melhores resultados no âmbito da atenção (Calnan, 2005). Essa função de

¹ Desde os anos 1960, alguns países já trabalham com este conceito: a unidade básica de saúde é a porta de entrada preferencial do sistema, servindo de filtro para o acesso aos serviços prestados por especialistas, constituindo-se num primeiro nível hierárquico do sistema de saúde. (Petersdorf, 1975).

“porta de entrada” (*gatekeeper*) tem sido apontada por diversos autores (Giovanella, 2006; Calnan, 2005) como uma estratégia importante para a hierarquização dos sistemas, além da garantia de uma maior efetividade dos mesmos.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica 2006 (PNAB), a Estratégia de Saúde da Família deve induzir a mudança do modelo de atenção, centrado na doença, com lócus hospitalar, para uma prática integral e em nível ambulatorial preferencialmente (Brasil, 2006), com princípios gerais próximos da estratégia inglesa de coordenação da atenção pelos *general practitioners (GP)* do Reino Unido. Os *GP* ingleses, tal como os médicos de saúde da família, atendem uma população adscrita a um território. Contudo, no caso inglês, a inscrição é voluntária, garantindo alguma liberdade de escolha, com o intuito de favorecer a responsabilização dos profissionais com seus usuários. No Brasil, a cobertura média recomendada de pacientes cadastrados é de 3.500 pessoas (Brasil, 1998), enquanto no Reino Unido é de 1.850 pessoas (Giovanella, 2006). A função de porta de entrada é outro ponto de semelhança entre as duas estratégias, sendo considerada pelo Ministério da Saúde como uma característica importante das equipes de saúde da família.

“A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica tem como fundamentos: 1º possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade.” (Brasil, 2006).

O município do Rio de Janeiro estrutura sua rede de atenção básica em um modelo de diferente do preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, com baixa cobertura de Saúde da Família. Este estudo optou por definir as ações de planejamento familiar como traçadores da efetividade da atenção básica na cidade do Rio de Janeiro.

Uma das definições prioritárias a ser tomada pelo gestor municipal refere-se à questão do monitoramento das diretrizes básicas da política de saúde em relação a prestação dos serviços. Essa atribuição confere às avaliações do desempenho de metas pactuadas nos municípios um sentido mais amplo de avaliação da qualidade dos sistemas municipais (Conill, 2006)

Para examinar a implementação da atenção básica, elegeu-se uma ação programática fundamental deste nível de atenção: o planejamento familiar.

As ações de planejamento familiar foram escolhidas, pois, se adequam às condições propostas por Kessner et al (1973; 1992) para a escolha de um traçador. Apresentam condutas (prevenção, diagnóstico, tratamento) médicas bem definidas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), além de possuir indicadores de resultados conhecidos e de fácil processamento, como, por exemplo, proporção de gestações indesejadas ou abortamentos provocados. Sua história natural também é extremamente sensível à intervenção médica e um número expressivo de mulheres utiliza esse serviço.

Segundo Souza e Sampaio (2002), as ações em planejamento familiar, previstas no PAISM, constituem uma parte da atenção integral à saúde da mulher e incluem-se na atenção básica, de acordo com o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil desde a criação do SUS, passando pela Estratégia de Saúde da Família. Já para a PNAB (Brasil, 2006), constituem-se em ações estratégicas em todo território nacional.

O estudo das ações de planejamento familiar pode informar sobre a qualidade da atenção básica. Assim como para a boa execução das demais ações de atenção básica, as atividades de planejamento familiar dependem de boa organização da porta de entrada, de um sistema de busca ativa, de um sistema de agendamento, de consultas com longitudinalidade, do acesso aos medicamentos, bem como do sistema de referência para procedimentos de maior complexidade, como laqueadura ou vasectomia.

1.1. Justificativa

“Há quase 40 anos, Lee e Jones definiram que a qualidade da atenção segue oito “artigos de fé”: as bases científicas para a prática médica, prevenção, colaboração de consumidores e provedores, tratamento do indivíduo em sua totalidade, relação estreita e continuada entre médico e paciente, serviços médicos integrais e coordenados, articulação intersetorial entre o serviço de atenção médica e o serviço social e acesso à atenção a toda a população.” (Kessner et al, 1992:189).

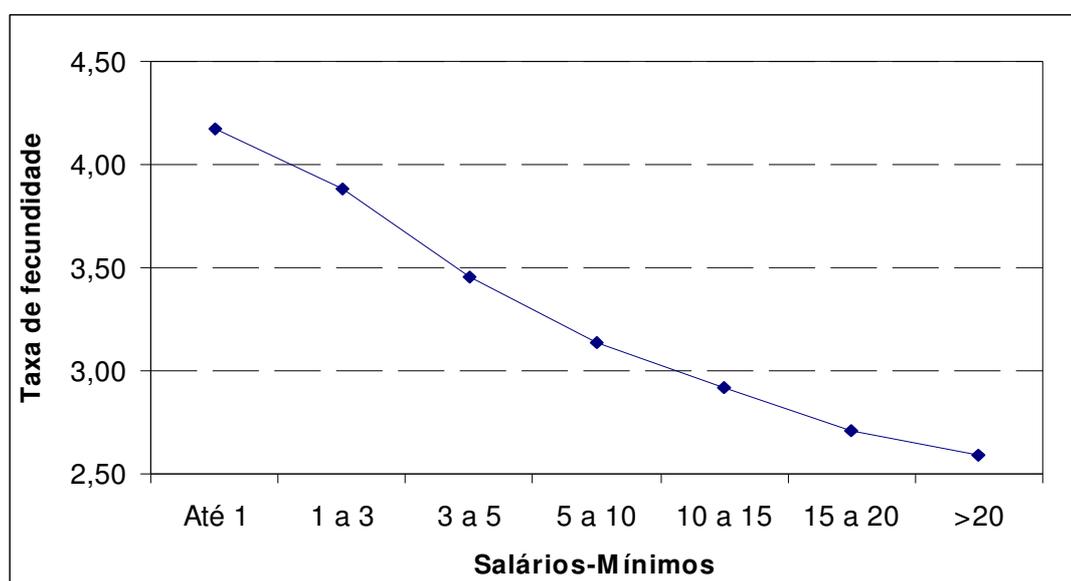
Discutir a política de planejamento familiar, no âmbito da atenção básica, de forma a respeitar a opinião feminina, evidenciando os problemas implicados na gênese dessa demanda, é fundamental, uma vez que 86% das mulheres em idade fértil no Brasil utilizam algum método contraceptivo (Bemfam, 1997) com necessidades de acompanhamento de serviços de saúde. Todavia, o acesso a esses métodos é diferenciado entre os estratos sociais, com repercussões nas taxas de fecundidade.

A relação entre a taxa de fecundidade², renda e escolaridade é objeto de diversos estudos. Essa correlação já foi demonstrada numerosas vezes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em diversos resultados de análise de dados censitários (IBGE, 2003). Segundo Berquó e Cavenaghi (2004), as brasileiras sem instrução ou que não completaram a primeira série do ensino fundamental tinham em 2000, em média, 4,12 filhos. Entre as que completaram pelo menos o ensino médio, essa taxa cai para 1,48 filhos.

² A taxa de fecundidade corresponde ao número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, é obtida pelo somatório das taxas específicas de fecundidade para as mulheres residentes de 15 a 49 anos de idade (RIPSA, 2002).

A taxa de fecundidade no Brasil tem apresentado uma redução acentuada nas últimas décadas. Essa redução, contudo, não incide uniformemente em todos os estratos de renda. Por exemplo, a partir de dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2003), é possível demonstrar disparidades entre a taxa de fecundidade de mulheres com rendimentos distintos, confirmando a existência de uma associação entre o número médio de filhos tidos nascidos vivos por mulheres de 10 anos ou mais e a classe de rendimento mensal familiar. Isto é, quanto maior o rendimento, menor o número de filhos ao longo da vida. Os valores médios oscilam entre 4,17, para as mulheres cujas famílias auferem até um salário-mínimo, e 2,59 filhos, para aquelas que pertencem a famílias com renda de mais de 20 salários mínimos. (Gráfico 1) Esses números sugerem que a sociedade brasileira convive com dois padrões distintos de fecundidade: um europeu e outro africano (IBGE, 2003).

Gráfico 1: Taxa de fecundidade segundo classe de rendimento mensal familiar, Brasil, 2000



Fonte: Censo Demográfico do IBGE, 2002.

Disponível em <http://sidra.ibge.gov.br>. Acessado em 04 de novembro de 2006.

Nota: Excluídas as mulheres que não possuíam rendimentos.

Dentre a literatura da área de saúde da mulher, duas são as correntes que procuram explicar essa correlação. A primeira atribui ao perfil cultural e relaciona aos hábitos de vida essas diferenças de fecundidade entre os estratos de renda. A segunda imputa essa correlação às dificuldades de acesso dessas mulheres ao direito de decidir sobre sua saúde reprodutiva (Bemfam, 1997).

O planejamento familiar não constitui questão simples para qualquer mulher. Contudo, para mulheres com baixo acesso aos serviços de saúde, as dificuldades quanto à decisão sobre o tamanho da prole e sobre os métodos para prevenir uma gravidez indesejada são, certamente, complexas e agravam os problemas sociais já existentes.

Os questionamentos sobre a saúde reprodutiva e o direito das mulheres sobre seu corpo e vida constituem-se em problemas social e político, com envolvimento de aspectos econômicos, educacionais e religiosos. Mas, frequentemente, apresentam-se como um problema exclusivo do setor de saúde (Antrobus, 1986; Meira & Ferraz, 1989).

Mesmo sendo proibida, com pena prevista por lei, a interrupção da gravidez (em vez da sua prevenção) tem sido um importante método de controle da natalidade para milhares de mulheres na América Latina (Robles *et al*, 1988; Bailey *et al*, 1988), o que indica dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos e falta de investimentos em políticas efetivas de planejamento familiar na atenção básica. Lima (2000) considerou surpreendente a demanda por abortamentos no Brasil, principalmente nas classes sociais de menor renda, com piores níveis educacionais (Lima, 2000), a despeito de sua ilegalidade e do fato da opinião dominante na sociedade lhe ser contrária.

A baixa prioridade destinada às ações na área do Planejamento Familiar pelos serviços de saúde mantém a gravidez como fato acidental, gerando grande impacto negativo na qualidade de vida das mulheres (Carvalho, 2006).

Segundo Kohler (2002), não se pode querer justificar o pequeno investimento em métodos anticoncepcionais no Sistema Único de Saúde por uma preocupação com os níveis de reposição populacional³ e problemas no financiamento do sistema de previdência social. Isso seria ferir os direitos humanos universais firmados na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, e constitui-se em ação criminosa, segundo a legislação brasileira e a Constituição, que estatui saúde como direito.

A escolha do tema desta dissertação de mestrado também se associa a minha prática profissional iniciada em 2000, no Centro de Saúde Escola/ENSP, auxiliando na realização de exames pré-natais. Ao longo de um tempo, através de observações clínicas, comecei a perceber a dificuldade de algumas mulheres em serem 'sujeitos' de sua saúde reprodutiva.

Observando as usuárias no momento do resultado do teste imunológico de gravidez, quatro eram as principais reações: (1) as que estavam grávidas e enchiam-se de felicidade e emoção, (2) as que ficavam profundamente tristes por não estarem grávidas, (3) as que comemoravam o fato do teste estar negativo, e (4) as que choravam de tristeza por estarem grávidas. Para minha surpresa, a

³ “Por um lado, o aumento da escolaridade é desejável, tanto sob o ponto de vista micro dos interesses das mulheres, quanto sob o ponto de vista macro de cidadania e direitos universais. Entretanto, há claramente uma externalidade negativa, uma vez que este processo faz com que a fecundidade caia abaixo dos níveis de reposição, causando problemas nos sistemas de transferências geracionais, como é o caso da previdência social pública.” (Rios-Neto, 2000).

elevada prevalência de mulheres nos dois últimos grupos indicava sinais de alerta e que outros componentes psico-sociais deveriam ser considerados nesse contexto.

Minha primeira hipótese estava associada à falta de informação das mulheres sobre os métodos anticoncepcionais e a um certo descompromisso com sua própria saúde, já que o Centro de Saúde Escola/ENSP trabalha, desde 1967, com práticas educativas na Comunidade de Manguinhos e diversos são os grupos educativos que abordam a questão do planejamento familiar.

Devido à territorialização feita pelo o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria desde 1989, a possibilidade de acompanhamento longitudinal das usuárias é muito presente e fortalece o vínculo, propiciando ao profissional uma visão mais integral das 'famílias acompanhadas'.

Começava a perceber que simplesmente conhecer os métodos anticoncepcionais não era garantia de acesso para as mulheres e que algumas regras impostas pelos profissionais de saúde, com o intuito de beneficiar a população, *poderiam resultar verdadeiras catástrofes*. Analisando o uso dos anticoncepcionais orais, observava que, em sua maioria, as mulheres tinham conhecimento de como utilizar o método, mas o acesso era dificultado pela necessidade de realizarem consultas para troca de receita há cada três meses, devido a constantes faltas de abastecimento na rede municipal e a outras dimensões de acessibilidade.

Casuisticamente, comecei, então, a formular a hipótese de que a falta de acesso a uma atenção primária à saúde resolutiva poderia ser um fator importante para a insatisfação das mulheres ao receberem o resultado dos seus testes de gravidez.

Como mencionado, as ações em planejamento familiar, previstas no PAISM como parte da atenção integral à saúde da mulher, incluem-se na atenção básica, de acordo com o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil desde a criação do SUS, passando pela Estratégia de Saúde da Família (Souza, 2002). Percebe-se, entretanto, que este conjunto de ações nos municípios ainda está distante de um patamar de cobertura satisfatório, sendo, com frequência, executado de forma isolada e não priorizado como os demais componentes da atenção básica (Brasil, 2002).

Este estudo pretende oferecer instrumentos e uma metodologia baseada em indicadores para a avaliação de resultados e de efetividade da atenção básica, visando o aprimoramento em sua gestão técnica e política. Além disso, pretende dimensionar a demanda real por métodos anticoncepcionais de um aglomerado urbano subnormal típico, correlacionando-a com a produção atual de serviços e favorecendo o suporte para processos decisórios e de reivindicação. Para tal foi realizado um inquérito domiciliar com mulheres em idade fértil de duas comunidades do bairro de

Manguinhos/Rio de Janeiro/Brasil, analisando-se, demandas e utilização de ações de planejamento familiar.

O acesso à saúde reprodutiva de qualidade é um direito humano fundamental, a concretização desse direito compreende responsabilidades tanto do Estado, quanto da sociedade e indivíduos.

1.2. A Política Nacional de Planejamento Familiar

A discussão sobre a iniciativa estatal em oferecer uma política de planejamento familiar em um Estado Democrático de Direito pressupõe o respeito pleno à cidadania. Portanto, a participação do governo requer medidas de controle social para evitar o ressurgimento de atrocidades como às relatadas por Krauss (1981), em uma história recheada de ações autoritárias e impositivas do Estado preocupado com a redução da população. Os exemplos gritantes ficam ao encargo dos fascismos alemão e italiano ou das políticas controladoristas indiana e soviética.

Como define Alves (2004), a questão da saúde reprodutiva no Brasil, ao longo das três últimas décadas do século XX, ficou muito contaminada *por uma associação espúria entre política populacional, planejamento familiar e controle da natalidade*. Obviamente, esses três conceitos não são sinônimos. Uma política populacional refere-se aos três componentes da dinâmica demográfica: mortalidade, natalidade e migração.

“Planejamento familiar, apesar de ser um termo ambíguo, tem a ver com idade do casamento e do primeiro filho, espaçamento das gestações, terminação da parturição e métodos de concepção e contracepção. O controle da natalidade, enquanto livre decisão da pessoa ou do casal é um direito, mas como uma imposição estatal e como uma ideologia neomalthusiana é uma forma coercitiva de retirar direitos e atribuir à população problemas que não são dela.” (Alves, 2004).

Krauss, desde 1981, já alertava que, para evitar mitificações⁴, faz-se necessário discutir os objetivos da política de planejamento familiar no Brasil e seu referencial teórico. Em meados da década de 1960, por decisão da Assembléia Mundial de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a apoiar atividades de planejamento familiar, explicitando três objetivos: (1) diminuir a taxa de fecundidade para a otimização dos recursos familiares por criança; (2) proporcionar a efetivação de um direito humano de liberdade reprodutiva; e (3) diminuir a morbi-mortalidade da população materno-infantil (OMS, 1967 *apud* Krauss, 1981, p. 80).

⁴ Mitificação para Barthes (1980) resulta de um sistema de comunicação que deforma o conceito do objeto, omite sua história e o desarticula do seu referencial teórico, deixando-o vazio de conteúdo, ecologicamente solto no ar, roubando-lhe o sentido e despolitizando-o.

Ainda segundo Krauss (1981: 81-100), no início da década de 1960, diversas publicações impressas oficiais foram dirigidas a países subdesenvolvidos, para instituições interessadas em realizar ações de promoção do planejamento familiar. Traziam o uso de anticoncepcionais em massa como única forma de alcançar baixos níveis de morbi-mortalidade decorrente do aborto induzido conseqüente à gravidez não desejada e de morbi-mortalidade atribuída à gravidez de alto risco potencial materna e/ou fetal.

Somente em 1968, na 21ª Assembléia Mundial de Saúde, o planejamento foi apresentado de maneira mais positiva, como realmente uma medida básica de promoção da saúde familiar. Todavia, ele não deixava de ser visto pela OMS como um instrumento para solução do “problema demográfico”, que, por sua vez, teria repercussões em escala econômica mundial.

Exatamente uma década depois, a Conferência de Alma-Ata, em 1978, veio reforçar ainda mais a legitimização das ações de planejamento familiar enquanto atividade prioritária de saúde.

No Brasil, a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (Bemfam), a Associação Brasileira de Reprodução e Nutrição (RENUMI) e o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) já realizavam atividades de dito “Planejamento Familiar” desde 1960. Entretanto, essa atividade só aparece nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, timidamente, no primeiro Programa de Saúde Materno-infantil em 1974, o que reflete a inércia histórica do governo. Desde então, é enfatizado que o serviço de planejamento familiar deveria ser parte da atenção materno-infantil, conforme proposto pela OMS, admitindo-se apenas os objetivos de saúde e de direito humano (Krauss, 1981:161).

Em 1977, a Coordenadoria de Proteção Materno-infantil do Ministério da Saúde elaborou o documento “Política de Saúde Materno-infantil”. Embora enfatize em vários parágrafos que a atividade de planejamento familiar deve respeitar e obedecer à vontade do casal, o texto sugere que o casal limite o número de filhos ao nível dos recursos disponíveis para criá-los e afirma a importância de casais saudáveis e com boas condições de ter filhos para o fortalecimento da nação. Esse documento, ainda que com ressalvas ideológicas, foi importante, pois propõe a democratização do acesso não só da informação, mas também dos diferentes meios de evitar a gravidez, com o argumento de que, até o momento, tal acesso era privilégio das classes de maior poder aquisitivo (Brasil, 1977). Entretanto, esse programa gastou somente com distribuição de anticoncepcional oral metade do seu orçamento através da Central de Medicamento (Ceme) (Médici, 1995).

Apesar de, oficialmente, a política de saúde materno-infantil sugerir uma distribuição universal dos métodos, o então Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) não

obedecia qualquer programa de saúde, oferecendo, eminentemente, uma assistência curativa e predominantemente hospitalar. Paralelamente, a cobertura oferecida pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde Estaduais era muito baixa e insatisfatória (Krauss, 1981:163).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), datado de 1983, foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de "atenção integral à saúde das mulheres" (AISM) (Anexo 1)⁵.

O PAISM foi pioneiro, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar, promovendo o rompimento do então tratamento dado à mulher apenas como objeto de reprodução (Pinotti *et al.*, 1987; Costa, 1979; Canesqui, 1984; Osis, 1994).

Esse programa expressou pragmaticamente a aplicação dos princípios de universalidade e integralidade, enfatizando a utilização da rede básica de saúde, fortalecendo o movimento da reforma sanitária. Seus pressupostos influenciaram o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, onde foi mencionado, culminando com os debates na Assembléia Nacional Constituinte, que contribuíram com o texto final da Constituição de 1988 (NEPP, 1986; Jacobi, 1989).

Com forte influência do movimento feminista e defendido por inúmeros sanitaristas, paradoxalmente para alguns autores, esse programa constituiu-se *“também a primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, explicitamente, e efetivamente implantou, embora de modo parcial, um programa que inclui o planejamento familiar dentre suas ações, ou seja, um programa que contemplava o controle voluntário da reprodução.”* (Osis, 1998).

As diretrizes gerais do programa previam a redução de doenças prevalentes, um atendimento integral à saúde da mulher com uma equipe multidisciplinar; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se de sua própria saúde. Cabia ao estado proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias, sem a necessidade de se vincular a adoção dessas atividades à solução dos problemas sociais, previdenciários e econômicos do país (Brasil, 1984:16).

“Ao Planejamento familiar deve ser atribuído, portanto o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada sua interface com o setor saúde.” (PAISM, 1984).

⁵ A versão original do PAISM é apresentada na íntegra no Anexo 1. Não foi possível encontrá-la em arquivo eletrônico, sendo necessário, por seu valor histórico, escaneá-lo.

O Ministério da Saúde já incluía em 1984 a rede básica como locus de implementação do programa, apresentando uma breve descrição dos diversos procedimentos a serem aplicados na AISM. Além disso, estabelecia que todas as atividades previstas no PAISM deveriam ser adotadas em conjunto (Brasil, 1984).

O PAISM, como Política de Saúde Pública, contemplou, pela primeira vez no Brasil, medidas oficiais na área da regulação da fecundidade, mas, segundo Osis (1994), não se pode classificá-lo como tendo objetivos de controle da natalidade, porque não incluiu qualquer componente de coerção; antes, condicionou as atividades de planejamento familiar nos serviços públicos ao oferecimento de todos os outros componentes da atenção à saúde das mulheres.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1986, passou a oferecer serviços de planejamento familiar em suas unidades próprias e em um número muito limitado de unidades contratadas. Com o início do governo Collor, ainda houve uma redução dos recursos destinados às políticas de saúde e, em 1993, o programa de planejamento familiar passou a dispor de recursos equivalentes a menos da metade dos gastos feitos em 1989 (Médice, 1995).

Apesar de ser um dos programas mais antigos do país, como outros, sua implantação não ocorreu de maneira efetiva em todo o Brasil, apresentando uma baixa cobertura de assistência, a inoperância do estado nas suas obrigações com a saúde reprodutiva é constante objeto de estudo e discussão (Alvarez, 1990; Pinotti e Zeferino, 1987; Costa, 1992; Corrêa, 1993; Osis, 1994, Médici, 1995, Costa 1997).

1.3. O PAISM no Município do Rio de Janeiro

A implantação do PAISM no município do Rio de Janeiro, como descreve Pacheco (1998), ocorreu de forma parcial, sem que seus fundamentos tivessem sido incorporados às práticas de assistência e a contracepção fizesse parte efetivamente dos serviços oferecidos à população, caracterizando-se somente por um certo aumento na oferta de assistência gineco-obstétrica, decorrente da uma pequena expansão da rede básica.

Segundo Costa *et al.* (1989), *“é evidente não somente a falta de acesso aos métodos reversíveis, como também é muito precária a informação sobre os métodos em geral, quanto aos efeitos colaterais e contra-indicações dos mesmos. A omissão dos serviços de saúde quanto a estes aspectos é, sem dúvida nenhuma, grave e preocupante.”*.

Martins *et al.* (1991) reforça que a ausência de um programa efetivo de atenção integral à saúde, no município do Rio de Janeiro, que ofereça um acesso real aos meios de contracepção, demonstra a importante desigualdade social quanto ao acesso aos métodos, e conclui com a necessidade de ampliar o acesso real à contracepção.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nos anos de 1992, 1993 até julho de 1994, 7.988 mulheres tinham acesso a métodos anticoncepcionais nas 41 unidades da rede básica da SMS, sendo que, daquele total, 50% utilizavam pílula, 18% DIU, 17% condon e 12% diafragma (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 1995). Considerando que, na cidade do Rio de Janeiro, em 1992, a população de mulheres em idade fértil, segundo o IBGE, era de 1.817.091, estima-se então que somente 0,4% da dessa população utilizavam métodos nas unidades municipais de saúde do Rio de Janeiro.

Para Pacheco (1998), a dificuldade de implementação do PAISM no município do Rio resultava do embate técnico-assistencial entre dois modelos de assistência coexistentes na estrutura organizacional, que limitava as ações de atenção básica e não integrava as unidades básicas de saúde às intervenções realizadas nos hospitais.

Uma das primeiras tentativas de incentivo à qualidade do desempenho da atenção à saúde no Rio de Janeiro foi o estabelecimento, no ano de 1995, de um programa de gratificação de desempenho (Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 1995), com o objetivo de induzir a melhoria de 13 indicadores de assistência, cinco dos quais se referiam à saúde da mulher: (1) aumento da taxa de preventivos realizados em mulheres com mais de 39 anos; (2) proporção de gestantes captadas para

o pré-natal no primeiro trimestre; (3) taxa de exames de mama em relação ao total de consultas gineco-obstétricas; (4) taxa de cesariana; e (5) taxa de mortalidade institucional em obstetrícia.

Ainda em 1995, o município do Rio foi habilitado, de acordo com a NOB-93, em gestão incipiente, sendo responsável, a partir daquele ano, pela gestão das principais maternidades e pela maioria dos centros de saúde remanescentes da rede do INAMPS (Valadares, 1999; Pacheco, 1998).

Mesmo com um importante investimento de todas as esferas de governo, os indicadores de saúde da mulher tiveram uma melhora pouco expressiva na década de 90 (Pacheco, 1998:76).

Soares (2004) constatou que, duas décadas após a implementação das políticas de saúde da mulher, a cidade do Rio de Janeiro apresentava uma importante falta de acesso aos métodos contraceptivos nos períodos iniciais de atividade sexual e falta de opção da laqueadura tubária fora da gravidez, “*com o descumprimento da lei 9263/1996 (Anexo 2).*”

No cenário nacional, passados mais de vinte anos do lançamento do PAISM, em 2004, o Ministério da Saúde lançou uma nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que preconizava o reforço ao princípio da universalidade do SUS. Na verdade, em termos de assistência à contracepção, a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) manteve as mesmas ações propostas pelo PAISM de vinte anos atrás (Brasil, 2004a, Brasil, 2004b) - garantir informação e acesso aos métodos contraceptivos.

Em 2006, o “Pacto pela Vida” lançou as prioridades em relação à saúde da mulher: o controle do câncer de colo de útero e de mama e a redução da mortalidade materna (Brasil, 2004 e 2006), não incluindo nessa lista as atividades de planejamento familiar.

Atualmente, o problema da ineficiência dos serviços públicos de saúde em prover as condições mínimas para o exercício do planejamento reprodutivo está novamente na agenda de debate da política para a área da saúde da mulher, constando, como diretriz de governo, a implementação de diversas ações de assistência em Planejamento Familiar, incluindo informação e garantia de oferta de métodos contraceptivos nos serviços de Saúde (Carvalho, 2006). O desafio está em transformar essa política, que vem sendo proposta desde o PAISM em 1984, em realidade nos serviços. Recentemente, o Ministério da Saúde, conduzido pelo sanitarista José Gomes Temporão, resgatou o planejamento familiar como política de estado, incluindo-o no Programa Setorial de Aceleração de Crescimento do País, denominado *Mais Saúde* (Brasil, 2008).

1.4. Objetivos

Geral

- Avaliar as ações de planejamento familiar como traçador de resultados, da qualidade da atenção básica, em duas comunidades do Complexo de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Específicos

(1) Comparar os perfis sócio-demográfico e assistencial das comunidades do Complexo de Manguinhos selecionadas (Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra), Rio de Janeiro.

(2) Descrever e analisar o perfil de utilização e expectativa de uso dos métodos anticoncepcionais nas comunidades de Manguinhos.

(3) Relacionar o perfil sócio-demográfico das mulheres em idade fértil à utilização de métodos anticoncepcionais.

(4) Analisar a produção de procedimentos relacionados ao planejamento familiar na cidade do Rio de Janeiro, a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI-SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS).

(5) Estimar a oferta necessária de procedimentos, ações e insumos na área de planejamento familiar para mulheres em idade fértil nas comunidades de Parque Oswaldo Cruz e de Mandela Pedra, e projetar a oferta necessária para todas as áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família de Manguinhos.

2. Considerações metodológicas

“Ya nadie se pregunta si es necesario intervenir en los servicios de salud para garantizar su calidad, sino más bien quién há de intervenir y qué método se deberán utilizar.” (Kessner et al. 1992, pag. 555).

Com o aumento da oferta de serviços de saúde em todo o mundo, o centro de preocupação das políticas de saúde deslocou-se, em alguns países centrais, do acesso à atenção ao direito à atenção, dando espaço ao direito a uma atenção de qualidade.

Com o objetivo de avaliar a atenção básica, utilizou-se do conceito clássico de traçador como metodologia para a avaliação em saúde, apresentado por Kessner et al (1973). Esses autores **definem como traçador uma atividade típica do sistema de saúde que possa ser utilizada como preditor da qualidade da atenção**. É referencial largamente utilizado na avaliação da qualidade e acesso⁶ a um serviço ou rede de serviços de saúde. (Penna, 1995; Hartz, 1996); Villanueva, 2001; Almeida, 2003; Samico, 2003; Lopes, 2004; Ribeiro et al, 2004)

Para Penna (1995), a principal vantagem da utilização do traçador é seu poder de gerar dados de fácil compreensão, capazes de retro-alimentar o sistema de prestação de serviços de saúde.

Ribeiro *et al* (2004) utilizaram esse referencial teórico ao avaliar aspectos do desempenho de unidades de saúde da família e unidades de saúde tradicionais (postos de saúde) no que tange à atenção ao pré-natal, escolhido como traçador para fins comparativos, pois *“coloca em destaque processos e resultados que podem refletir o desempenho de áreas da atenção à saúde mutuamente dependentes, como a organização da porta de entrada, o sistema de agendamento de consultas, a qualidade e o acesso a serviços de laboratório e outros meios diagnósticos.”* (Ribeiro *et al*, 2004: 536).

Para diversos autores (César, 1996; Campos, 1993; White, 1985), a incorporação do método epidemiológico para avaliação de desempenho dos serviços de saúde é fundamental, pois essa avaliação necessita de informações com base populacional, que identifiquem a demanda reprimida e caracterizem o padrão de utilização de serviços, até mesmo para criação de estudos de linha de base.

⁶ Acesso é definido como a liberdade ou capacidade de obter ou fazer uso de alguma coisa. No campo da saúde, acesso pode ser definido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente dentro da rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento.

No conceito de traçadores “o pressuposto básico é sempre o mesmo: a forma como o médico e uma equipe administram a atenção de maneira rotineira em relação a uma atividade comum será um indicador da qualidade geral da atenção e eficácia do serviço que presta.” (Kessner *et al*, 1992:190 - tradução do autor).

Para Kessner *et al* (1992), o principal diferencial no método dos processos traçadores é a seleção do problema de saúde. Os traçadores deverão ter seis condições básicas para a seleção: terem um efeito funcional definido; serem de fácil diagnóstico; apresentarem altas taxas de prevalência; possuírem história natural sensível à intervenção médica; contarem com conduta médica bem definida (prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação); e sofrerem efeitos conhecidos de fatores não médicos. No quadro a seguir, são apresentados os critérios para um traçador e as características do planejamento familiar (Quadro 1).

Quadro 1- Critérios definido por Kessner *et al*. (1992) para seleção de um traçador para avaliação de serviços de saúde e características das ações programáticas de Planejamento Familiar

A seleção de um traçador deve considerar	Características das ações de planejamento familiar
1. Existência de conduta médica bem definida	1. Possuem condutas médicas definidas pelo PAISM desde 1984
2. Altas taxas de prevalência	2. Constituem-se em uma das principais demandas dos serviços de atenção básica
3. Efeito funcional bem definido	3. Têm efeito funcional significativo e bem definido, como evitar gravidez indesejada.
4. Facilidade de diagnóstico	4. Possuem indicadores de resultados de fácil diagnóstico
5. Existência de história natural sensível à intervenção médica	5. Possuem história natural extremamente sensível à intervenção médica
6. Existência de efeitos conhecidos de fatores não médicos sobre o traçador	6. Sofrem influência de outros fatores não médicos, como escolaridade e renda, bem descritos na literatura

Fonte: Kessner *et al* (1992)

Respeitando os critérios de Kessner *et al* (1992) para a seleção dos traçadores e buscando valorizar atividades de grande cobertura com ênfase na integralidade, foram selecionadas as ações de planejamento familiar como o traçador da qualidade da atenção básica.

Para que as atividades de planejamento familiar funcionem de forma otimizada, elas necessitam das mesmas diretrizes de funcionamento de qualquer programa de saúde, dependendo de boa organização da porta de entrada, de um sistema de busca ativa, de um sistema de agendamento de consultas, com longitudinalidade, da qualidade e acesso aos medicamentos, bem como de um sistema de referência para procedimentos como a laqueadura ou a vasectomia.

Em síntese, o marco conceitual para a análise dos dados coletados é apresentado na Figura 1, a seguir.

Figura 1 –Modelo lógico da rede causal do programa de planejamento familiar ligando a intervenção ao desfecho

Características de base das mulheres em idade fértil	
Nível sócio-econômico das famílias	
Idade da gestação	Escolaridade
Acesso aos serviços de saúde	
Estrutura familiar	Educação sexual curricular
Momento afetivo	
Acesso adequado aos métodos anticoncepcionais	
Consulta individual com profissional de saúde	Atividades coletivas de educação em saúde
Disponibilidade de exames, Ultra-sonografias	Vasectomia/Laqueadura
Mulheres satisfeitas com o método anticoncepcional utilizado	
Número de mulheres que utilizam métodos	Redução dos efeitos colaterais
Proteção às DST associadas	
Aumento da capacidade individual da mulher em decidir livremente quando e quantas vezes engravidar	
Redução da prevalência de gravidez indesejada, de abortamentos provocados e mortes maternas	

Fonte: Elaboração própria.

2.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal, a partir de inquérito domiciliar de base populacional, com amostra aleatória simples de mulheres em idade fértil de dois aglomerados subnormais típicos da cidade do Rio de Janeiro, para a construção de indicadores de utilização e impacto das ações estudadas. Concomitantemente, foram analisadas as produções ambulatorial e hospitalar referentes às ações de planejamento familiar na cidade do Rio de Janeiro; posteriormente, foram feitas estimativas de necessidades de oferta de insumos e de procedimentos para as populações estudadas e para todas as áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família.

Sendo assim, a coleta dos dados analisados nesta dissertação envolveu dois grupos de fontes.

- (i) Fonte primária: dados de inquérito domiciliar, com amostra aleatória simples de comunidades do bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro; e
- (ii) Fontes secundárias: dados de produção do Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SIA-SUS e SIH-SUS e dados cadastrais da Ficha A (Anexo 6.1) do SIAB) e do GIL (Anexo 6.2).

Para estudar a demanda e a utilização por ações de planejamento familiar, foi realizado um inquérito domiciliar em duas comunidades da cidade do Rio de Janeiro.

Dentre os estudos com base populacional, os inquéritos domiciliares vêm sendo utilizados há algum tempo nos países industrializados, como fonte de informação importante para conhecimento da situação de saúde da população, e do acesso aos serviços de saúde, fornecendo subsídios ao planejamento e à avaliação destes. Apesar da ampla possibilidade de uso da epidemiologia na avaliação de serviços de saúde, poucas são as publicações que relatam a aplicação prática deste enfoque - a maioria dos trabalhos apresentados se refere a estudos do tipo diagnóstico que foram utilizados essencialmente para identificação de necessidades ou relato de situação, e pouco para avaliação propriamente dita de ações de saúde. (Campos, 1988:134).

Segundo alguns autores (Campos, 1993; César & Tanaka, 1996), os inquéritos domiciliares em nível local podem ser úteis para aprimorar a avaliação de resultado, permitindo a construção de "linhas de base". *Estas servirão de parâmetros para a comparação tanto das condições de saúde, como das características de utilização dos serviços de saúde, resultando na emissão do juízo de valor, tão necessário à consecução dos objetivos da avaliação de serviços de saúde* (Campos, 1993:190).

O instrumento de coleta de dados (Anexo 3) foi composto por um questionário organizado em três blocos, contendo 81 perguntas, sendo que cada um estudou questões correlatas. Os temas estudados foram: Bloco I - Características das usuárias; BLOCO II - Processo e desenvolvimento da atenção; BLOCO III - Resultados alcançados.

O trabalho de campo nas duas comunidades de Manguinhos (Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra) ocorreu no período de 2 julho a 12 de setembro de 2007. As entrevistas foram feitas no domicílio, por agentes comunitários de saúde de microáreas diferentes de seus locais de origem. Todos os agentes eram mulheres, apresentavam segundo grau completo e participaram de duas oficinas de treinamento para o conhecimento e padronização de procedimentos de aplicação do questionário.

A opção pela escolha de agentes comunitárias para auxiliarem o trabalho de campo deve-se ao fato das mesmas possuírem grande experiência na abordagem das pessoas em suas comunidades. Por residirem no local, estão acostumadas a atender essa população e detêm maior acessibilidade sócio-cultural. Além disso, as comunidades, de modo geral, confiam em suas agentes comunitárias, reconhecendo-as como profissionais de saúde, que respeitam suas individualidades e garantem o sigilo das informações (Vargas, 1992).

As agentes comunitárias visitavam previamente cada domicílio selecionado pela amostra. Inicialmente, a visita acontecia sem agendamento; caso a mulher não estivesse no domicílio era agendada uma nova visita com seu familiar para a realização da entrevista. O número máximo de visitas realizadas em cada domicílio para se obter a entrevista foi de no máximo quatro visitas.

2.2. O espaço da pesquisa

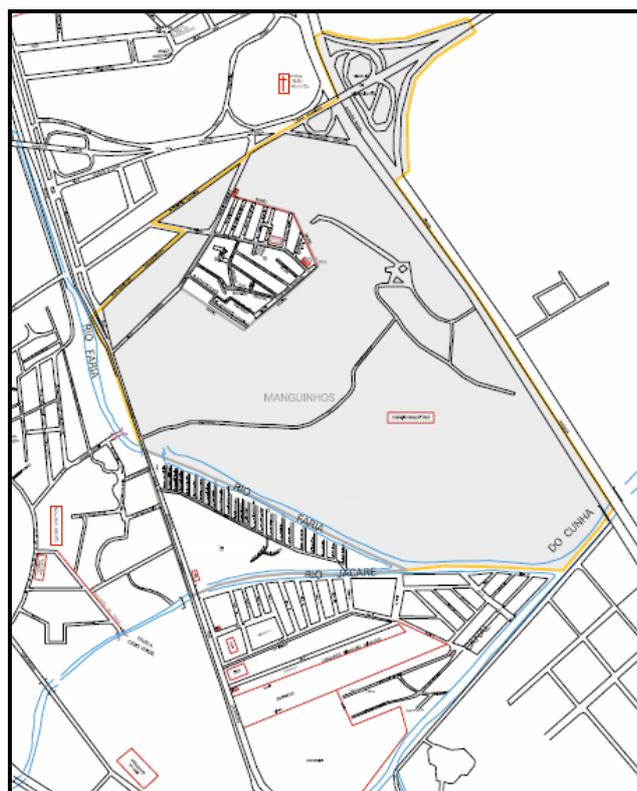
Definiram-se, para realização da pesquisa de campo, as comunidades do bairro de Manguinhos (Figura 2), área de abrangência do Centro de Saúde Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública, por se tratarem, segundo o IBGE (2002) de aglomerados subnormais típicos da cidade do Rio de Janeiro. Essa escolha teve o intuito de conferir ao estudo maior profundidade, possibilitando uma análise estatística adequada, considerando a real disponibilidade de recursos e a capacidade de produzir evidências.

Segundo o IBGE (2003), a área de abrangência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, em 2000, era de 35.571 habitantes, considerando-se a população das sete equipes de saúde da família de Manguinhos e a equipe de Monsenhor Brito, que fica no bairro de Bonsucesso. Juntas, essas oito equipes cobrem 45 setores censitários, restando seis não cobertos pela Estratégia de Saúde da Família, mas que correspondem à área de responsabilidade sanitária do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP). Em termos populacionais, a cobertura das equipes de saúde da família atingia, em 2000, 11,9% do total da população residente do bairro de Manguinhos. Com a expansão de duas para oito equipes de Saúde da Família, em 2004, estima-se que o total da população coberta passou, desde então, de 11,9% do bairro de Manguinhos para 83,0%.

Para analisar o perfil sócio-demográfico e assistencial das comunidades de Manguinhos serão utilizados os microdados do SIAB e os microdados do Censo Demográfico do IBGE de 2000 (2003).

Segundo projeções feitas a partir do Censo Demográfico de 2000, supondo-se uma taxa média de crescimento geométrico populacional de 2,61% ao ano (calculada a partir das estimativas entre 1991 e 2000), a população residente, em 1º de setembro de 2007, do bairro de Manguinhos correspondia a 37.189 habitantes.

Figura 2 - Mapa do bairro de Manguinhos, sub-distrito de Ramos, Rio de Janeiro, 2000



Fonte: IBGE(2003). Censo Demográfico de 2000. CD-ROM. Escala 1:17896.

Tabela 1 - Indicadores selecionados dos setores censitários especiais de aglomerados subnormais, Município do Rio de Janeiro, 2000

Setores Censitários	Nº de setores	Pop. residente 2000	Nº de mulheres	Razão de sexos	Mulheres de 15 a 49 anos	Nº médio de anos de estudo	Rendimento nominal médio mensal
Mandela de Pedra	3	2.644	1.332	98	730	3,9	161,05
Parque João Goulart	7	4.923	2.568	92	1.394	4,9	327,62
Samora Machel	5	5.245	2.699	94	1.526	4,7	324,00
Monsenhor Brito (*)	3	3.670	1.851	98	1.097	5,1	385,76
PCC	3	1.175	601	96	346	5,2	378,71
CHP2	3	2.539	1.294	96	714	5,3	318,98
Vila Turismo	9	5.907	3.030	95	1.736	5,3	363,71
POC	5	4.041	2.174	86	1.201	6,1	564,49
Subtotal (1) - áreas do PSF de Manguinhos	45	30.144	15.549	94	8.744	5,1	360,62
Subtotal (2) - áreas não cobertas pelo PSF de Manguinhos	6	5.427	2.789	95	1.611	5,6	359,23
Subtotal (3) - outros aglomerados subnormais no RJ	1.403	1.064.450	545.263	95	307.048	5,0	357,94
Total (1)+(2)+(3)	1.447	1.100.021	563.601	95	317.403	5,0	358,02

Fonte: Microdados do Censo Demográfico do IBGE de 2000 (2003), município do Rio de Janeiro.

(1) = Áreas cobertas pelo PSF de Manguinhos. (2) = Áreas não cobertas pelo PSF de Manguinhos.

(3) = Outras áreas de aglomerados subnormais da Cidade do Rio de Janeiro.

(*) Embora a Comunidade de Monsenhor Brito esteja localizada no bairro de Bonsucesso, a mesma foi agrupada como pertencente ao Bairro de Manguinhos, por existir equipe de saúde da família responsável pela mesma.

Pode-se observar também que, juntos, Mandela de Pedra (MP) (730) e Parque Oswaldo Cruz (POC) (1.201) respondem por 25,3% do total (7.647) de mulheres em idade fértil do bairro de Manguinhos. E ainda que o rendimento médio mensal do chefe de família no POC é mais do que três vezes àquele observado em Mandela.

Para o inquérito, foram selecionadas duas comunidades (Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, Figuras 3 e 4) para representar o bairro de Manguinhos. Essa escolha levou em consideração seus perfis demográficos; dentre eles, o número médio de anos de estudo, a proporção de crianças menores de cinco anos, a proporção de adolescentes do sexo feminino, a proporção de mulheres em idade fértil e a proporção de idosos (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicadores demográficos selecionados segundo comunidades, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2006

Comunidades	(%) <= 5 anos	(%) mulheres adolescentes	(%) mulheres em idade fértil	(%) idosos
Parque Oswaldo Cruz	6,7	15,5	53,6	12,9
Parque Carlos Chagas	9,8	17,9	57,5	11,8
Monsenhor Brito	8,3	16,3	53,9	10,3
Parque João Goulart	11,6	17,1	55,0	7,3
CHP2	9,4	20,4	56,4	7,1
Vila Turismo	9,0	18,1	57,9	6,9
Samora Machel	10,4	19,9	56,7	5,4
Mandela de Pedra	14,0	21,1	56,5	2,1
Total	9,9	18,3	55,9	7,9

Fonte: Elaboração própria, a partir do registro das Fichas A do SIAB, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, outubro de 2006.

Gráfico 2 - Pirâmide etária da comunidade de Mandela de Pedra, Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, 2006

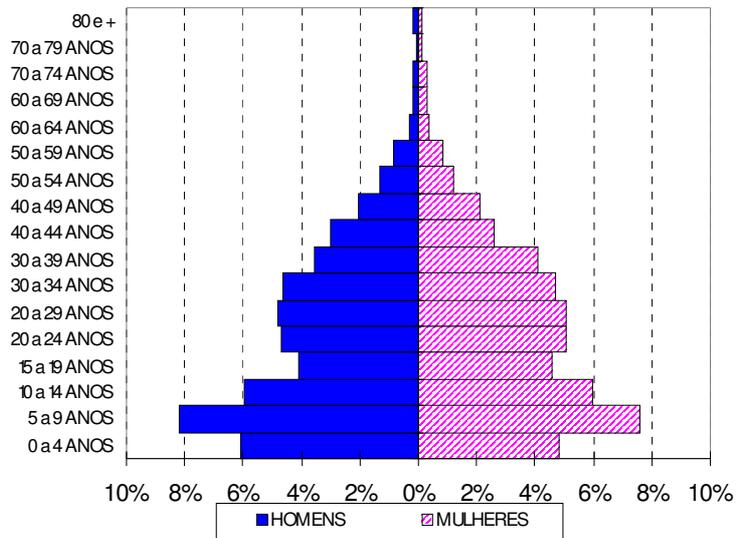
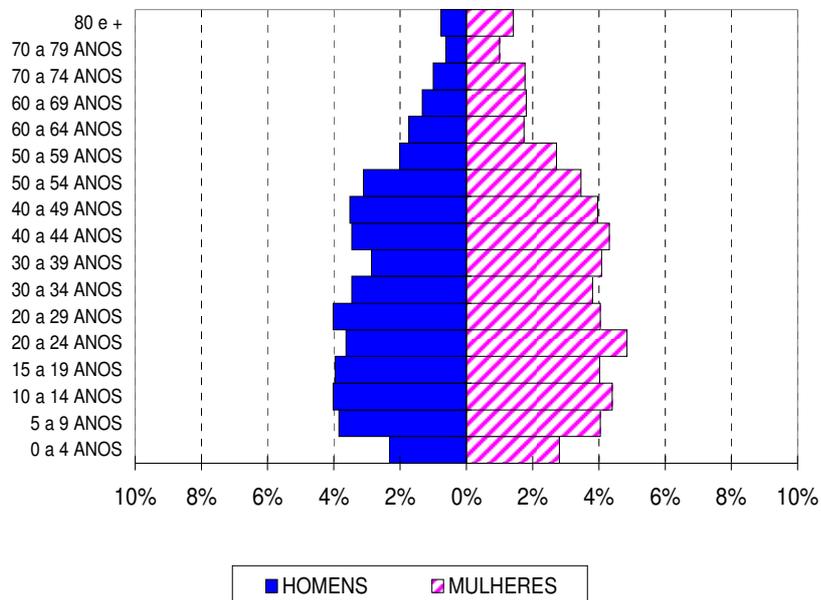


Gráfico 3 - Pirâmide etária da comunidade de Parque Oswaldo Cruz, Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, 2006



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria /ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, outubro de 2006.

As diferenças na escolaridade das duas comunidades podem ser evidenciadas na Tabela 3, na qual estão representados os dados populacionais existentes no cadastro da Ficha-A do SIAB. É possível observar que 66,7% das pessoas na faixa etária de 10 anos ou mais possuem apenas o nível fundamental incompleto em Mandela de Pedra e 44,5% em Parque Oswaldo Cruz. Por outro lado, reforçando as diferenças entre as duas comunidades, cerca de 25% das pessoas possuem pelo menos o nível médio completo em Parque Oswaldo Cruz e apenas 3,3% em Mandela. Portanto, um em cada quatro moradores do POC apresenta um perfil de escolaridade diferenciado de Mandela, envolvendo 11 anos ou mais de estudo (Tabela 3).

Tabela 3 - População de 10 anos ou mais segundo nível de escolaridade, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, outubro de 2007

Escolaridade	Mandela		POC	
	N	(%)	N	(%)
Analfabeto	191	6,4	79	2,7
Alfabetizado	179	6,0	84	2,8
Fundamental incompleto	1.987	66,7	1.321	44,5
Fundamental completo	109	3,7	361	12,2
Médio incompleto	132	4,4	263	8,9
Médio completo	88	3,0	610	20,6
Superior incompleto	6	0,2	108	3,6
Superior completo	4	0,1	58	2,0
Mestrado	0	0,0	6	0,2
Ignorado	284	9,5	78	2,6
Total	2.980	100,0	2.968	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados da Ficha-A do SIAB, 2006.

Sob a ótica da utilização da rede de serviços de saúde, pode-se analisar a cobertura de planos privados de assistência à saúde. Entre as mulheres do Parque Oswaldo Cruz, a cobertura de planos de saúde é de 21,4% e para Mandela de Pedra, 4,3% (Tabela 4, p-valor < 0,0001). Essas proporções são bem inferiores àquelas observadas por Pinto e Soranz (2004) para a população-residente do município do Rio de Janeiro.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres em idade fértil por área da Estratégia de Saúde da Família segundo cobertura de planos de saúde, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor ⁷
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Possui plano de saúde ?							< 0,0001
Sim	51	4,3	214	21,3	265	12,1	
Não	1.133	95,7	790	78,7	1923	87,9	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

⁷ O teste de qui-quadrado foi o teste de significância estatística utilizado em todos os cálculos do inquérito domiciliar, pois é o mais recomendado para grandes amostras no caso de variáveis nominais e pode ser considerado em para variáveis ordinais ou intervalares.

2.3. Plano de Amostragem

O cadastro do SIAB com os dados das equipes de saúde da família da Comunidade de Manguinhos foi analisado para o levantamento do número de mulheres, por microárea e faixa etária.

No “Complexo de Manguinhos”, Rio de Janeiro, um levantamento com dados do SIAB de outubro de 2006 revelou a existência de 9.100 mulheres em idade fértil, definidas como aquelas com idade entre 15 e 49 anos (RIPSA, 2002).

Tabela 5 – Universo: Distribuição das mulheres em idade fértil na Comunidade de Manguinhos, Estratégia de Saúde da Família, Rio de Janeiro, outubro/2006

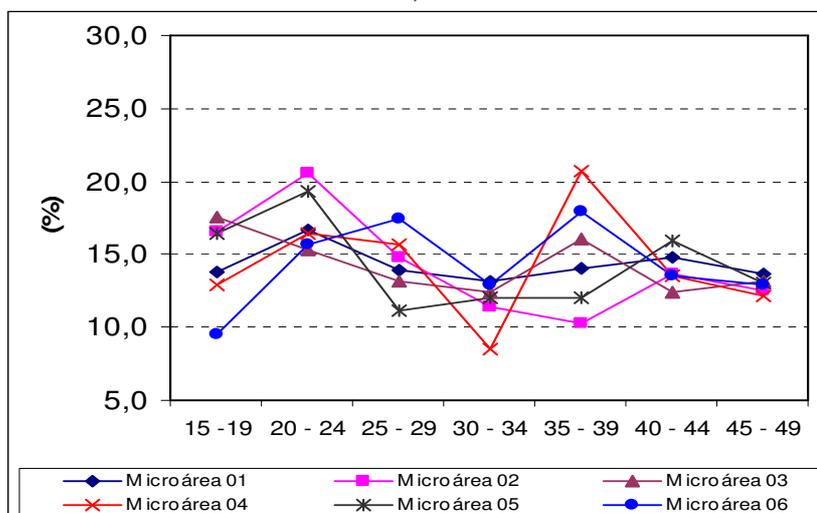
Comunidades	Nº de mulheres em idade fértil por microárea						Total
	1	2	3	4	5	6	
Parque Oswaldo Cruz	147	175	137	140	207	178	984
Mandela de Pedra	183	214	156	141	201	175	1.070
Parque Carlos Chagas	192	164	157	207	192	234	1.146
Samora Machel	181	222	234	225	159	231	1.252
Parque João Goulart	252	215	191	193	161	192	1.204
CHP2	183	175	188	197	243	225	1.211
Vila Turismo	185	155	200	181	157	165	1.043
Monsenhor Brito	107	274	202	220	191	196	1.190
Total	1.430	1.594	1.465	1.504	1.511	1.596	9.100

Fonte: Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB). Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, outubro de 2006.

Considerando, como universo de estudo, a população de mulheres em idade fértil cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família de Mandela de Pedra (1.070) e Parque Oswaldo Cruz (984), a amostra foi selecionada de forma aleatória simples, estratificada por faixa etária e microárea em cada uma das duas áreas do PSF.

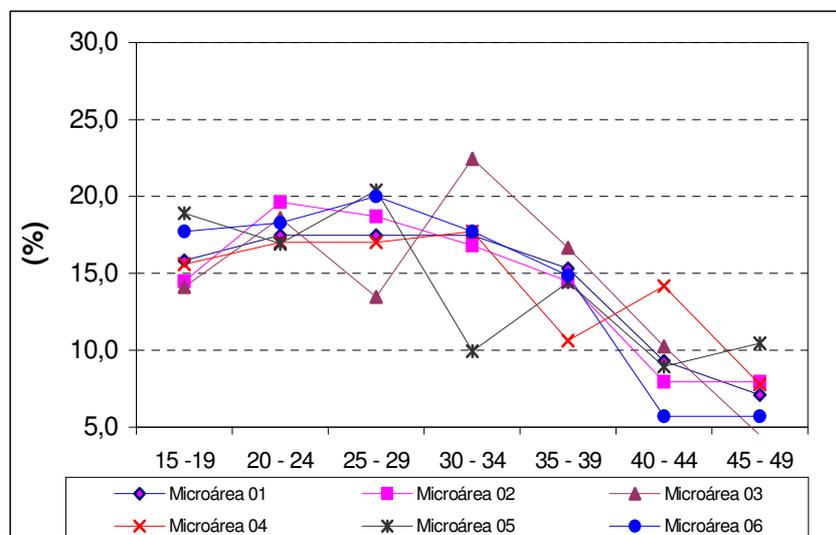
Assim, devido à existência de um cadastro atualizado mensalmente pelos agentes comunitários de saúde para o total da população de Manguinhos, foi possível selecionar uma amostra aleatória simples de mulheres em idade fértil, com estratificação por microárea e faixa etária quinquenal (15 | 19 anos, 20 | 24 anos, 25 | 29 anos 30 | 34 anos, 35 | 39 anos, 40 | 44 anos, 45 | 49 anos), representativa para o total da população de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra. Na análise dos estratos, observou-se que, em cada um deles (análise intra-estratos), a população de mulheres em idade fértil é homogênea, isto é, havia semelhança entre os determinantes de saúde das pessoas residentes em cada microárea. Por outro lado, entre os estratos de cada área adscrita de uma unidade de saúde da família (microáreas por faixa etária) ocorre o oposto, podendo-se observar diferenças importantes em características sócio-demográficas e econômicas. Esse fato é exemplificado nos Gráficos 4 e 5, nos quais são percebidas tendências específicas por microárea. A distribuição etária das demais comunidades encontra-se nas pirâmides etárias apresentadas no Anexo 4.

Gráfico 4 - Proporção de mulheres em idade fértil segundo faixa etária e microáreas, Parque Oswaldo Cruz /Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, outubro 2006



Fonte: Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB). Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria /ENSP / Fiocruz . Rio de Janeiro, outubro de 2006.

Gráfico 5 - Proporção de mulheres em idade fértil segundo faixa etária e microáreas, Mandela de Pedra, Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro, outubro 2006



Fonte: Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB). Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria /ENSP / Fiocruz . Rio de Janeiro, outubro de 2006.

Para o cálculo do tamanho da amostra⁸ total, foi considerado o caso mais desfavorável onde $p = q = 0,5$, isto é, onde cada característica a ser investigada apresentava a proporção observada de 50%. Com isso, o tamanho total da amostra para um nível de confiança de 95% e com precisão de suas estimativas de totais e proporções na ordem de 5,0% atingiu 367 mulheres (sendo 176 em Parque

⁸ Agradeço ao Prof. Dr. Luiz Felipe Pinto (Unifeso, Teresópolis, RJ), pela paciência e importante colaboração no cálculo do tamanho da amostra, bem como do plano de amostragem.

Oswaldo Cruz e 191 em Mandela de Pedra), alocadas de forma proporcional a cada uma das duas comunidades selecionadas, por microárea e faixa etária (Tabela 6). Os erros de amostragem são apresentados no Anexo 5.

Considerando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)⁹ (Bemfam, 1997) como principal pesquisa na área, observa-se que o tamanho da amostra realizada se aproxima a deste inquérito para o município do Rio de Janeiro. Na PNDS, a amostra realizada para o estado foi de cerca de 800 mulheres em idade fértil, o que daria aproximadamente, para o município do Rio de Janeiro, um total de 335 mulheres entrevistadas, número próximo ao atingido por este estudo (388), que possui menores erros de amostragem para as estimativas calculadas, devido ao desenho amostral ter sido viabilizado com base no cadastro de indivíduos nas Fichas A do SIAB, e não por conglomerados, como foi feito no caso da PNDS-1996. No caso da PNDS-2006, lamentavelmente perde-se a comparabilidade histórica, ao não ser considerada no plano de amostragem, uma amostra independente para o município do Rio de Janeiro.

Tabela 6 – Amostra selecionada: distribuição das mulheres em idade fértil nas duas comunidades selecionadas de Manguinhos, Rio de Janeiro, outubro/2006

Faixas etárias	Parque Oswaldo Cruz						Total
	Microáreas						
	1	2	3	4	5	6	
15 - 19 anos	2	5	4	3	6	3	23
20 - 24 anos	3	6	4	4	8	5	30
25 - 29 anos	3	5	3	4	4	6	25
30 - 34 anos	6	4	3	2	4	4	23
35 - 39 anos	2	3	4	6	4	6	25
40 - 44 anos	5	4	3	3	6	4	25
45 - 49 anos	5	4	3	3	5	4	24
Total	26	31	25	25	37	32	176
Faixas etárias	Mandela de Pedra						Total
	Microáreas						
	1	2	3	4	5	6	
15 - 19 anos	5	6	4	4	7	5	31
20 - 24 anos	6	7	5	4	6	6	34
25 - 29 anos	6	7	4	4	7	6	34
30 - 34 anos	6	6	6	4	4	5	31
35 - 39 anos	5	6	5	3	5	5	29
40 - 44 anos	3	3	3	4	3	2	18
45 - 49 anos	2	3	1	2	4	2	14
Total	33	38	28	25	36	31	191

Fonte: Elaboração própria.

⁹ A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, considerou um complexo desenho de amostragem por conglomerados, amostras representativas do ponto de vista estatístico, com abrangência nacional/regional para mulheres de 15 a 49 anos, com o objetivo de disponibilizar informações sobre fecundidade, saúde materno-infantil e características sócio-econômicas da população entrevistada. Na área da fecundidade, as informações coletadas permitem avaliar níveis e tendências da fecundidade, conhecimento e uso de métodos contraceptivos, amamentação e outros determinantes próximos da fecundidade, como proporção de mulheres casadas e/ou em união e duração da amenorréia pós-parto. As pesquisas investigam, ainda, intenções reprodutivas e necessidades não satisfeitas de anticoncepção.

Para compensar possíveis perdas, foi selecionada para a pesquisa de campo uma amostra 10% maior que o esperado, pois essa seria a perda mínima estimada para o trabalho de campo (n=405). A perda real, considerando mulheres não encontradas ou mau preenchimento das principais variáveis do questionário, foi de 4%. Com isso, a amostra realizada atingiu, no final do trabalho de campo, n = 388 (189 + 199), conforme demonstra a Tabela 7.

Tabela 7 – Amostra realizada (n=388): Distribuição das mulheres em idade fértil nas duas comunidades de Manguinhos, Rio de Janeiro, julho a setembro/2007

Faixas etárias	Parque Oswaldo Cruz						Total
	Microáreas						
	1	2	3	4	5	6	
15 19 anos	2	6	6	4	5	3	26
20 24 anos	4	6	7	4	5	4	30
25 29 anos	3	6	5	6	3	11	34
30 34 anos	6	4	3	3	5	4	25
35 39 anos	2	5	4	6	5	6	28
40 44 anos	4	3	3	4	4	4	22
45 49 anos	4	3	3	5	5	4	24
Total	25	32	31	32	34	37	189
Faixas etárias	Mandela de Pedra						Total
	Microáreas						
	1	2	3	4	5	6	
15 19 anos	5	4	5	5	7	4	30
20 24 anos	8	8	6	4	6	4	36
25 29 anos	6	6	3	5	10	7	37
30 34 anos	6	5	6	6	4	8	35
35 39 anos	6	5	5	4	5	4	29
40 44 anos	4	3	3	3	3	2	18
45 49 anos	2	3	2	2	3	2	14
Total	37	35	29	30	39	29	199

Fonte: Elaboração própria.

O plano de amostragem elaborado para este estudo considerou uma amostra independente para a soma das duas comunidades, considerando a estratificação das mulheres em idade fértil em cada uma das microáreas.

A fórmula utilizada para a determinação do tamanho da amostra foi:

$$n = \frac{Nz^2 S^2}{Nd^2 + z^2 S^2}, \text{ onde}$$

N é o tamanho da população;

z é o correspondente na curva normal à confiabilidade desejada (pré-fixado em 95%);

S é o desvio padrão da população;

S^2 é a variância populacional;

d é a precisão desejada (pré-fixado em 5%).

No caso de proporções, a variância da população toma a forma

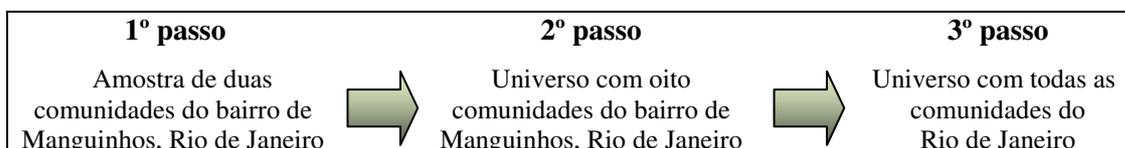
$$S^2 = \frac{NPQ}{N - 1}$$

e admitiu-se o caso mais desfavorável em que $p = q = 0,5$. O último passo do plano de amostragem, antes da análise dos dados coletados propriamente dita, é a etapa de expansão da amostra, isto é, o cálculo dos chamados fatores de expansão da amostra ou fatores naturais de expansão (Lozana & Iguchi, 1998). Para isso, foram obtidos os dados mais atualizados (outubro de 2007) com o número de mulheres em idade fértil por faixa etária e microárea das duas comunidades em questão.

2.4. Possibilidade de extrapolação de resultados para as comunidades do Complexo de Manguinhos e entre os aglomerados subnormais típicos do município do Rio de Janeiro

Considerando que o perfil de utilização dos serviços de saúde está diretamente ligado às condições sócio-demográficas da população e à rede de oferta de serviços, foram feitas algumas extrapolações para outros aglomerados subnormais do município do Rio de Janeiro. Algumas técnicas de inferência permitem com certo grau de precisão à extrapolação das estimativas de proporções de uma amostra representativa de um universo (tal como a que foi desenhada para o trabalho de campo) para outro universo semelhante, utilizando, como controle, variáveis determinantes do processo estudado (Travassos, 2002; Viacava, 2006).

Figura 5– Inferência estatística proposta de extrapolação dos dados amostrais para um universo homogêneo formado por aglomerados subnormais típicos



Supõem-se que os resultados encontrados para as duas comunidades Mandela e POC possam ser extrapolados para o conjunto das comunidades de Manguinhos, uma vez que as comunidades selecionadas apresentam a melhor e a pior situações dos indicadores selecionados; de outra parte, os resultados médios poderiam ser extrapolados para outros aglomerados subnormais da cidade do Rio de Janeiro por compartilhar características semelhantes de distribuição de renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde.

A partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000 é possível estabelecer correlação estatística entre algumas variáveis sócio-econômicas dos chamados “aglomerados subnormais”. Embora subjetiva e frágil, será utilizada a definição do IBGE para os setores censitários especiais, “aglomerados subnormais”, por ser a única existente para o propósito desejado (integração de dados com unidade de análise geográfica compatível com as microáreas do PSF de Manguinhos).

Um aglomerado subnormal é:

“um conjunto constituído por um mínimo de 51 domicílios, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular), dispostos, em geral, de forma desordenada e densa, e carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais”.(IBGE, 2003, grifo do autor).

Em 2000, o Censo Demográfico registrava, no município do Rio de Janeiro, a existência de 1.447 setores censitários, formando um total de 529 aglomerados subnormais, com população residente de 1.100.021 habitantes, ou seja, em média quase 20% dos habitantes dessa cidade residiam nessas “comunidades”. O bairro de Manguinhos possuía 45 setores censitários cobertos pela Estratégia de Saúde da Família e seis setores não cobertos.

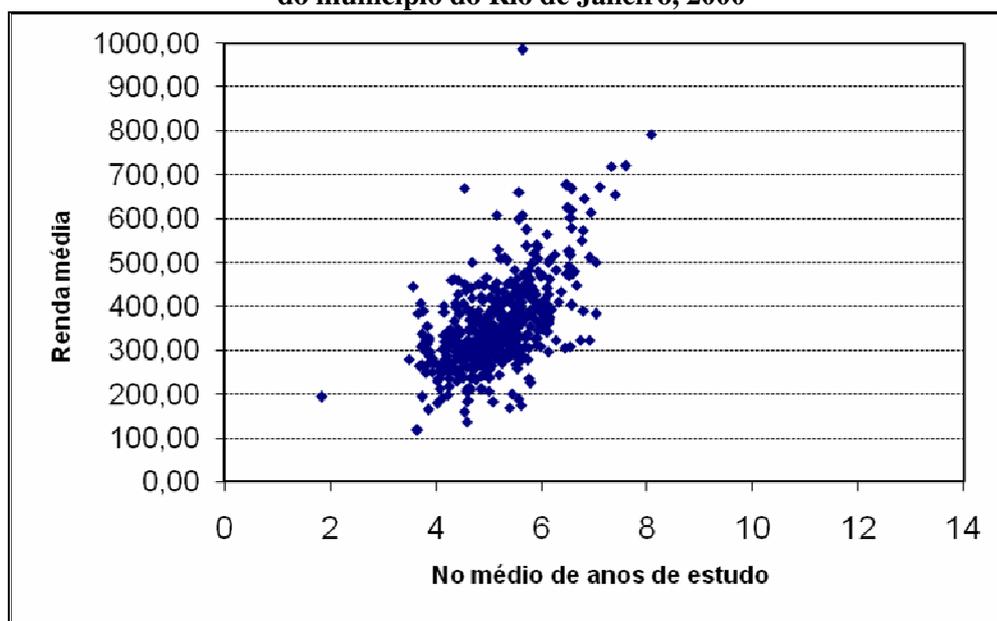
Em relação as 45 áreas de aglomerados subnormais existentes no bairro de Manguinhos cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, existe elevada correlação entre o número médio de anos de estudo e o rendimento médio mensal dos responsáveis pelos domicílios (correlação de Pearson = 0,74, p-valor < 0,0001), isto é, quanto maior o tempo de estudo maior o rendimento auferido. Essa correlação reforça a possibilidade de inferência estatística apresentada no Gráfico 6, a seguir, ao sugerir a semelhança entre as unidades de análise geográficas comparadas.

Segundo Pinto (2006), existe grande potencialidade na consideração dos setores censitários do IBGE como ‘unidade de análise’, na dimensão em que o território deixa de existir enquanto *locus* administrativo definido legalmente pelo município e passa a ser entendido enquanto o território construído pela ocupação das pessoas ao longo do tempo. Por exemplo, a partir dos setores censitários é possível observar que as favelas não respeitam a delimitação de bairros, áreas de planejamento, regiões administrativas ou outra divisão geográfica legalmente constituída.

Como exemplo dessas características comuns, apresenta-se, a seguir, a similaridade de correlação entre renda e escolaridade de Manguinhos com aquela observada para o conjunto de favelas do município do Rio de Janeiro.

Em relação às áreas dos aglomerados subnormais existentes nos bairros do município do Rio de Janeiro (n=1.431), observa-se que existe correlação linear positiva entre o número médio de anos de estudo e o rendimento médio mensal dos responsáveis pelos domicílios (correlação de Pearson = 0,58, p-valor < 0,0001), isto é, quanto maior o tempo de estudo maior o rendimento auferido. Essa associação entre as duas variáveis é observada principalmente no intervalo entre quatro e sete anos de estudo e entre R\$ 200,00 e R\$ 500,00 (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Número médio de anos de estudo e rendimento médio mensal do responsável pelo domicílio, aglomerados subnormais existentes nos bairros do município do Rio de Janeiro, 2000



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2003)

2.5. Levantamento de dados para elaborar o perfil da produção ambulatorial no Município do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2007

Para analisar os indicadores de oferta de ações de planejamento familiar no Município do Rio de Janeiro, considerou-se a produção de procedimentos de atenção básica associados ao planejamento familiar, com base em dois Subsistemas Nacionais de Informação em Saúde do Ministério da Saúde: (1) O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS); (2) O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS).

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS)

Os dados relativos à produção ambulatorial do SUS são registrados desde julho/1994, pelo Ministério da Saúde e recebidos pelo DATASUS. Permitem verificar situações como a capacidade instalada, quantitativo de serviços prestados, estrutura ambulatorial. A partir desses dados, um dos indicadores de cobertura que pode ser gerado é o número de consultas/habitante/ano (Brasil, 2002:27).

Dentre as variáveis disponibilizadas pelo Sistema, foram selecionadas aquelas relativas a possíveis ações de planejamento familiar considerando-se: (1) local de atendimento (unidade de saúde); (2) ano/mês de competência; (3) procedimentos (consulta de pré-natal realizada por médico, consulta em ginecologia, consulta em gineco-obstetrícia, ultra-sonografia obstétrica, ultra-sonografia pélvica, ultra-sonografia transvaginal, inserção de dispositivos intra-uterinos); (4) quantidades apresentadas.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)

As internações hospitalares do SUS são registradas no SIH-SUS desde 1996, pelo Ministério da Saúde e recebidas pelo DATASUS. Os dados permitem verificar situações como o número de hospitais existentes, sua capacidade em quantitativo de leitos, o tempo médio de permanência do paciente no hospital, a natureza jurídica do hospital, os procedimentos e as principais causas básicas de internação, de acordo com a CID-10, dentre outros indicadores (Brasil, 2002, p.6).

Dentre as principais variáveis disponibilizadas, foram utilizadas do SIH: (1) local de atendimento (unidades de saúde); (2) ano/mês de competência; (3) procedimentos (laqueadura tubária – 34022040, curetagem pós-aborto – 35014016, cesariana com laqueadura tubária em paciente com cesariana(s) sucessiva(s) - 35082011, 35083018, 35084014, 35085010, esvaziamento uterino pós aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU), 35088010); (4) quantidade de procedimentos apresentadas; (5) valores pagos pelo SUS.

Quadro 2 - Matriz de Indicadores Propostos para Análise do Planejamento Familiar das Comunidades de Manguinhos, Rio de Janeiro

Com o intuito de sistematizar a construção de cada indicador e seus parâmetros de referência a partir de outras pesquisas na área de atenção básica, foi elaborada uma matriz de análise segundo o referencial teórico de Habicht *et al* (1999)

DIMENSÕES					
Referencial teórico de Habicht <i>et al</i> , 1999					
Dimensões	Conceito	Pergunta	Objetivos Formulados	Formas de Verificação	Indicadores
IMPACTO (“OUTCOME”)	Corresponde à capacidade do programa no alcance de seus objetivos	Houve resultado favorável?	Avaliar as ações de planejamento familiar como marcador de resultados, da qualidade da atenção básica	Construção de indicadores a partir do inquérito domiciliar realizado.	(I.01) proporção de gestações planejadas, (I.02) proporção de mulheres que referiram deixar de estudar por motivo de gravidez ou para cuidar dos filhos, (I.03) proporção de gestações indesejadas, (I.04) proporção de mulheres que tentaram utilizar algum método abortivo em pelo menos uma das três últimas gestações, (I.05) proporção de abortos provocados
UTILIZAÇÃO (“OUTPUTS”)	Indicadores de utilização respondem se os indivíduos da população alvo estão utilizando as ações oferecidas pelo programa.	Os serviços estão sendo utilizados? A população aceita os serviços e os utiliza?	Descrever e analisar o perfil de utilização dos métodos anticoncepcionais na comunidade de Manguinhos.	Inquérito domiciliar Cruzamento “merge” dos dados do SIAB cadastro e inquérito realizado	(U.01) proporção de mulheres em idade fértil que utiliza algum método anticoncepcional, (U.02) proporção de mulheres satisfeitas com o método anticoncepcional escolhido, (U.03) proporção de mulheres que realizaram consulta médica antes da utilização do método escolhido, (U.04) proporção de mulheres que utilizam métodos anticoncepcionais com contra-indicação clínica, (U.05) proporção de mulheres que utilizam métodos anticoncepcionais e pagaram pela primeira consulta médica antes da utilização, (U.06) proporção de mulheres que conseguiram utilizar o método anticoncepcional escolhido com acesso gratuito pelo serviço público,
ESTIMATIVAS DE NECESSIDADE PARA COBERTURA	Os indicadores de cobertura permitem avaliar a proporção alvo atingida pelo programa	A população alvo está sendo atingida? Qual a necessidade de oferta em relação ao tamanho da população?	Estimar a oferta necessária de procedimento, ações e insumos na área de planejamento familiar para mulheres em idade fértil.	Projeção a partir das estimativas de demanda real observada a partir de inquérito domiciliar	(C.01) cobertura de consultas para planejamento familiar (SUS) por mulheres em idade fértil, (C.02) cobertura de grupos de educação em saúde (SUS) por mulheres em idade fértil, (C.03) cobertura de atendimentos clínicos para indicação/fornecimento/inserção de DIU (SUS) por mulheres em idade fértil, (C.04) cobertura de laqueaduras tubárias (SUS) por mulheres em idade fértil,

2.6. Considerações Éticas

Toda esta investigação considerou rigorosamente a legislação de “pesquisa envolvendo seres humanos”, particularmente a resolução do CNS 192/96. Após a explicação da pesquisa, seus objetivos e benefícios, para cada entrevistada, as agentes apresentavam o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP, protocolo 69/07, de 25/06/2007.

Nessa apresentação, foram garantidas, a todas as mulheres, a possibilidade de desistir de participar e retirar seu consentimento e de que sua recusa não traria nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Foi também assegurada a manutenção da confidencialidade das informações e o anonimato de todos que participassem das entrevistas, com resultados divulgados em conjunto, sem permissão de acesso às respostas de maneira individual.

A aplicação de questionário só era iniciada após o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3) estar assinado pela usuária, no caso das mulheres de 19 a 49 anos, e, no caso das mulheres de 15 a 18 anos, além dessa assinatura ele devia conter, também, a assinatura da responsável pela menor.

3. Resultados

“Nos últimos anos, observa-se um importante aumento de estudos sobre as iniquidades em saúde na literatura científica nacional e internacional e uma maior preocupação destes estudos em não apenas descrever as relações entre pobreza e saúde ou descrever os gradientes de saúde, de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica, mas também entender os mecanismos de produção das iniquidades em saúde”.

(Almeida Filho, 2003 pg.2039).

Foram entrevistadas 388 mulheres de 15 a 49 anos, sendo 189 da comunidade do Parque Oswaldo Cruz e 199 da Comunidade de Mandela de Pedra do Bairro de Maguinhos, Rio de Janeiro. Os dados a seguir serão apresentados considerando os fatores de expansão por subpopulação do estudo (Mandela de Pedra, 1.184 mulheres; Parque Oswaldo Cruz, 1.004 mulheres).

Do total de mulheres em idade fértil (cadastradas no SIAB, em outubro de 2006) em cada uma das duas comunidades, a distribuição da faixa etária, conforme era esperado pelo delineamento amostral e critério de inclusão das mesmas no estudo, possui diferenças estatisticamente significantes (p -valor < 0,0001), isto é, existe uma distribuição mais ou menos homogênea no Parque Oswaldo Cruz, enquanto que, em Mandela de Pedra, a participação de mulheres acima de 40 anos e até 49 anos é menor do que a de outras faixas (de 7,7 a 9,0%).

Quanto ao estado civil, observa-se maior proporção de casamentos oficiais e de mulheres solteiras no Parque Oswaldo Cruz (respectivamente, 36,1% e 38,6%), enquanto que, em Mandela de Pedra, as uniões estáveis ou aquelas que “moram juntos” representam 44,0% dos relacionamentos e as casadas apenas 12,0%. As divorciadas ou “separadas” também aparecem com maior frequência em Mandela de Pedra (6,7%) (p -valor < 0,0001).

Em ambas as comunidades, foi argüida a frequência atual à alguma unidade de ensino ou escola, obtendo-se um resultado negativo de cerca de 80%, mas ainda com alguma diferença entre as comunidades (p -valor < 0,0029). No entanto, esses resultados, se ordenados referentes à faixa etária daquelas mulheres que deveriam estar freqüentando o ensino médio (15 a 19 anos), apenas 54,3% freqüentavam escola no momento da entrevista, no total de entrevistadas.

As mulheres em idade fértil entrevistadas, quando perguntadas sobre o motivo que as levaram a abandonar os estudos, citaram principalmente: (i) precisava trabalhar ou precisava ajudar a família (37,1%); (ii) ficou grávida (19,8%); ou ainda (iii) casou-se e teve que cuidar dos filhos (13,1%).

**Tabela 8 - Aspectos sócio-demográficos de mulheres em idade fértil,
Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007**

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Faixas etárias							< 0,0001
Até 19 anos	187	15,8	139	13,8	326	14,9	
De 20 l-24 anos	214	18,1	169	16,8	383	17,5	
De 25 l-29 anos	207	17,5	146	14,5	353	16,1	
De 30 l-34 anos	206	17,4	125	12,5	331	15,1	
De 35 l-39 anos	172	14,5	136	13,5	308	14,1	
De 40 l-44 anos	107	9,0	136	13,5	243	11,1	
De 45 l-49 anos	91	7,7	153	15,2	244	11,2	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Estado civil							< 0,0001
Solteira	386	32,6	388	38,6	774	35,4	
Casada	142	12,0	362	36,1	504	23,0	
União estável / mora junto	521	44,0	178	17,7	699	31,9	
Divorciada / separada	79	6,7	17	1,7	96	4,4	
Namorando	51	4,3	32	3,2	83	3,8	
Ignorado	5	0,4	27	2,7	32	1,5	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Frequênta escola ou instituição de ensino ?							
Não	998	84,3	797	79,4	1795	82,0	0,0029
Principal razão pela qual parou de estudar							
Precisava trabalhar / precisava ajudar a família	400	40,1	266	33,4	666	37,1	< 0,0001
Ficou grávida	197	19,7	159	19,9	356	19,8	
Casou-se / tinha que cuidar dos filhos	98	9,8	138	17,3	236	13,1	
Atingiu a escolaridade que desejava	25	2,5	97	12,2	122	6,8	
Outros (*)	278	27,9	137	17,2	415	23,1	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

(*) Não gostava da escola, não se lembra, não pode pagar a mensalidade e outros motivos.

3.1. O perfil das Gestações

Na amostra realizada foram observados 949 gestações e 752 nascidos vivos para um total de 388 mulheres entrevistadas. Entretanto, para fins analíticos, algumas variáveis foram coletadas, tendo como referência apenas os três últimos nascidos vivos, o que totalizou um subconjunto de 601 nascidos vivos. Para essas gestações, foram coletados dados mais específicos sobre gravidez indesejada, gravidez planejada, tentativa de aborto, sentimentos em relação ao filho nascido vivo, entre outras.

A Tabela 9 apresenta o perfil gestacional das mulheres. Entre aquelas com pelo menos uma gestação, os abortos espontâneos ocorreram em 30,5% das gravidezes (em Mandela de Pedra) e em 17,3% dos casos (em Parque Oswaldo Cruz) (p-valor < 0,0001). Já os casos de abortos provocados correspondem a 19,5% na primeira comunidade e 5,7% na segunda.

Do total de mulheres pesquisadas, as nulíparas correspondem a 22,0% das mulheres em idade fértil, sendo que em Mandela de Pedra (MP) somente 16,3% das mulheres ainda não havia engravidado, e 41,0% tiveram três ou mais gestações. Em relação ao número de nascidos vivos, as mulheres informaram elevada paridade: em Mandela de Pedra, 47,9% das mulheres afirmaram ter três ou mais filhos, e, no Parque Oswaldo Cruz, 15,8% (p-valor < 0,0001).

Tanto em Mandela de Pedra, como em Parque Oswaldo Cruz, a idade média em que foi provocado o primeiro aborto foi semelhante: 21 anos (Tabela 9), o que chama a atenção devido ao perfil etário distintos das duas comunidades anteriormente mencionados.

Tabela 9 – História reprodutiva das mulheres em idade fértil , Mandela de Pedra (N1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (N2=1.004), Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Nº de gestações por mulher							
0 (nulíparas)	193	16,3	289	28,8	482	22,0	< 0,0001
1	143	12,1	298	29,7	441	20,2	
2	163	13,8	205	20,4	368	16,8	
3	209	17,7	113	11,3	322	14,7	
4 ou mais	476	40,2	99	9,9	575	26,3	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Nº de nascidos vivos por mulher							< 0,0001
0	243	20,5	305	30,4	548	25,0	< 0,0001
1	130	11,0	353	35,2	483	22,1	
2	244	20,6	188	18,7	432	19,7	
3	286	24,2	115	11,5	401	18,3	
4 ou mais	281	23,7	43	4,3	324	14,8	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Nº de abortos espontâneos por mulher							< 0,0001
0	689	69,5	591	82,7	1.280	75,0	< 0,0001
1	206	20,8	96	13,4	302	17,7	
2	86	8,7	25	3,5	111	6,5	
3 ou mais	10	1,0	3	0,4	13	0,8	
Total de mulheres com pelo menos uma gestação	991	100,0	715	100,0	1.706	100,0	
Nº de abortos provocados por mulher							
0	797	80,4	674	94,3	1471	86,2	< 0,0001
1	121	12,2	25	3,5	146	8,6	
2	25	2,5	10	1,4	35	2,1	
3	25	2,5	6	0,8	31	1,8	
4 ou mais	23	2,3	0	0,0	23	1,3	
Total de mulheres com pelo menos uma gestação	991	100,0	715	100,0	1.706	100,0	
Idade em que provocou aborto	Média=21		Média=21		Média = 21		-

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

3.1.1. Sobre os sentimentos na gestação

Para as mulheres que tiveram um ou mais filhos, isto é, para 78,0% do total de mulheres pesquisadas, foi perguntado sobre seus sentimentos no momento em que souberam estar grávidas: “quando soube que estava grávida de <nome do 1º filho ou 2º filho ou 3º filho>, quais os sentimentos que surgiram ?”

Cada mulher podia responder mais de uma opção, dentre a lista de sentimentos apresentada. Os resultados observados que, devido ao tamanho da amostra de cada comunidade, tiveram que ser agregados pela soma de Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, registram uma grande diversidade de respostas, destacando-se os sentimentos positivos com 57,6% do total para os últimos três filhos e 34,1% de sentimentos negativos para a mesma abordagem (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição dos sentimentos observados durante a gravidez entre as mulheres em idade fértil que tiveram pelo menos um filho nascido vivo, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

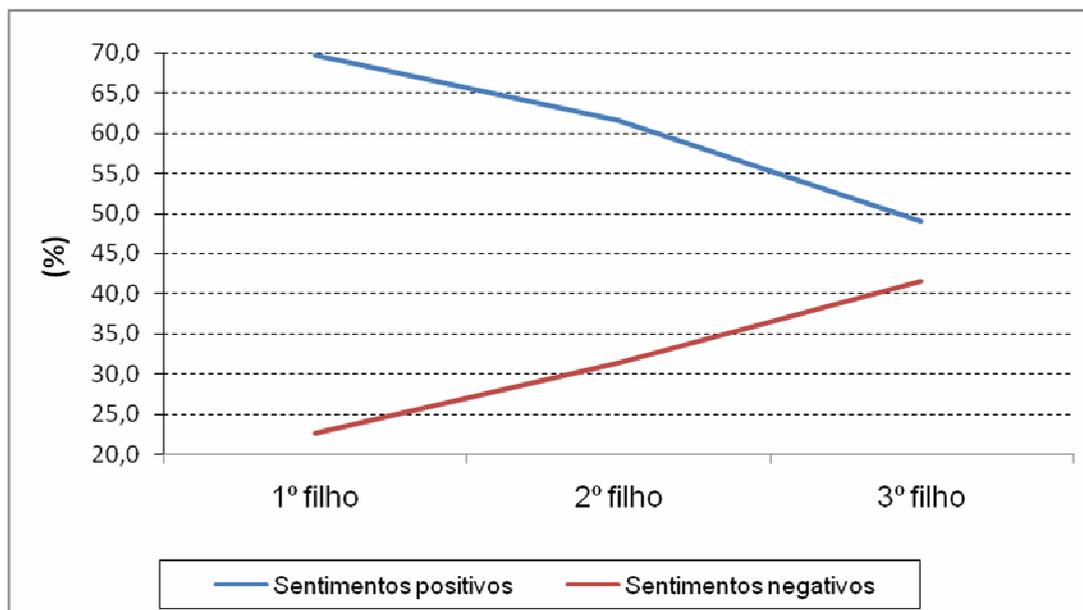
Sentimentos	Último filho		Penúltimo filho		Antepenúltimo filho			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Amor	634	17,7	557	22,0	380	24,6	1571	20,5
Felicidade	572	16,0	479	18,9	315	20,4	1366	17,8
Bem	174	4,9	171	6,7	125	8,1	470	6,1
Emoção	162	4,5	133	5,2	130	8,4	425	5,5
Animada	152	4,2	145	5,7	67	4,3	364	4,8
Segurança	59	1,6	76	3,0	58	3,8	193	2,5
Positivos	1.753	49,0	1.561	61,5	1.075	69,7	4.389	57,3
Preocupação	468	13,1	222	8,8	96	6,2	786	10,3
Medo	344	9,6	196	7,7	94	6,1	634	8,3
Insegurança	182	5,1	113	4,5	58	3,8	353	4,6
Raiva	157	4,4	98	3,9	39	2,5	294	3,8
Angústia	181	5,1	87	3,4	28	1,8	296	3,9
Infelicidade	73	2,0	42	1,7	16	1,0	131	1,7
Mal	81	2,3	37	1,5	17	1,1	135	1,8
Negativos	1.486	41,5	795	31,3	348	22,6	2.629	34,3
Enjoada	189	5,3	107	4,2	57	3,7	353	4,6
Cansada	79	2,2	37	1,5	31	2,0	147	1,9
Outros	74	2,1	37	1,5	31	2,0	142	1,9
Total	3.581	100,0	2.537	100,0	1.542	100,0	7.660	100,0

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Nota: A pergunta admitia resposta múltipla.

Chama a atenção o fato de que após o primeiro filho, na medida em que as mulheres têm o segundo e o terceiro, diminuem os sentimentos positivos (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Evolução dos sentimentos ao ter o primeiro, segundo e o terceiro filhos, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro – 2007



Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Obs.: A pergunta admitia resposta múltipla.

A tabela a seguir mostra aspectos do planejamento de filhos tidos ao serem questionadas sobre o melhor momento para a ocorrência de cada gestação. As mulheres afirmaram que 44,1% dos filhos foram planejados. Dentre os filhos nascidos vivos, 35,5% não eram desejados, em Mandela de Pedra esse percentual foi de 43,0%. Entre as mulheres com pelo menos um filho nascido vivo, 4,9% têm menos de 20 anos. Entre as que pararam de estudar, 27,3% foram movidas pela gravidez ou necessidade de cuidar dos filhos. Nesta tabela é importante destacar que os totais são diferentes em cada caso, correspondendo ao total de mulheres com pelo menos um filho, oscilando entre as mulheres que tiveram um filho, dois ou três nascidos vivos.

Tabela 11 – Planejamento de filhos entre as mulheres em idade fértil, Áreas da Estratégia de Saúde da Família, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas (Entre os três últimos filhos nascidos vivos)	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total	
	<i>N1</i>	(%)	<i>N2</i>	(%)	<i>N</i>	(%)
Planejamento dos filhos						
Filhos planejados	488	34,5	613	56,6	1.101	44,1
Filhos não planejados	926	65,5	470	43,4	1.396	55,9
Total	1.414	100,0	1.083	100,0	2.497	100,0
Desejo de ter os filhos						
Filhos desejados	784	57,0	801	74,2	1.585	64,5
Filhos não desejados	592	43,0	279	25,8	871	35,5
Total	1.376	100,0	1.080	100,0	2.456	100,0
Pensamento sobre abortar						
Pensou em abortar	336	35,7	117	16,7	453	27,6
Não pensou	605	64,3	582	83,3	1.187	72,4
Mulheres com pelo menos um filho nascido vivo	941	100,0	699	100,0	1.640	100,0
Tentativa de aborto						
Tentou abortar	226	24,0	28	4,0	254	15,5
Não tentou abortar	715	76,0	671	96,0	1.386	84,5
Mulheres com pelo menos um filho nascido vivo	941	100,0	699	100,0	1.640	100,0
Nº de abortos						
Espontâneos	413	53,7	155	71,1	568	57,5
Provocados	356	46,3	63	28,9	419	42,5
Total de abortos	769	100,0	218	100,0	987	100,0
Mulheres com pelo menos um filho...						
< 20 anos	37	3,9	43	6,2	80	4,9
>= 20 anos	904	96,1	656	93,8	1.560	95,1
Total	941	100,0	699	100,0	1.640	100,0

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Nota.: Considerando-se apenas os três últimos filhos nascidos vivos.

3.2. O Perfil de Utilização dos Métodos Anticoncepcionais nas Comunidades de Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro

Neste item será apresentada uma análise detalhada do perfil de utilização dos métodos anticoncepcionais, utilizados pelas mulheres em idade fértil das duas comunidades de Manguinhos: (i) pílula; (ii) laqueadura; (iii) DIU; e (iv) camisinha.

Posteriormente, será caracterizada a morbidade referida, os hábitos de vida, a frequência de realização de exames de rotina e as ações e serviços disponibilizados pela Estratégia de Saúde da Família em Manguinhos.

A extrapolação da análise desses dados deve considerar que o perfil de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação entre os consumidores e as fontes ou prestadores de assistência à saúde, num ambiente social e organizacional (Dever, 1988; Zucchi, 2000). Como já referido, na caracterização da amostra fica evidente a diferença entre a estrutura demográfica das duas comunidades estudadas: a população residente em Mandela de Pedra é mais jovem e possui escolaridade média inferior e menor acesso à rede de saúde suplementar em relação à residente no Parque Oswaldo Cruz.

3.2.1. A utilização de algum método anticoncepcional

Na população estudada, 68,0% das mulheres relataram usar algum método anticoncepcional, dentre os quais foram mais prevalentes a pílula (42,3%), a camisinha (28,1%) e a laqueadura (21,7%), com perfil de uso diferenciado entre as duas comunidades.

Tabela 12 - Mulheres em idade fértil segundo utilização de métodos anticoncepcionais, Mandela de Pedra (n1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (n2=1.004, Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	n1	(%)	n2	(%)	n	(%)	
Utilização atual de algum método anticoncepcional							
Sim	794	67,1	694	69,1	1488	68,0	0,3027
Não	390	32,9	310	30,9	700	32,0	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Principal método utilizado							< 0,0001
Pílula	269	33,9	361	52,0	630	42,3	
DIU	34	4,3	3	0,4	37	2,5	
Injeção	22	2,8	36	5,2	58	3,9	
Camisinha	302	38,0	116	16,7	418	28,1	
Laqueadura	167	21,0	156	22,5	323	21,7	
Vasectomia do parceiro	0	0,0	14	2,0	14	0,9	
Outros	0	0,0	8	1,2	8	0,5	
Total	794	100,0	694	100,0	1.488	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manginhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

O profissional de saúde médico/enfermeiro foram os principais atores que influenciaram na escolha de 17,5% das mulheres, entretanto, cerca de metade das mulheres (56,2%) afirmou ser uma escolha pessoal.

Vale salientar que 26,9% das mulheres não realizaram nenhuma consulta médica antes da escolha do método anticoncepcional e das que realizaram 71% realizaram essas consultas pelo SUS.

Tabela 13 – Características utilização de métodos anticoncepcionais em mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

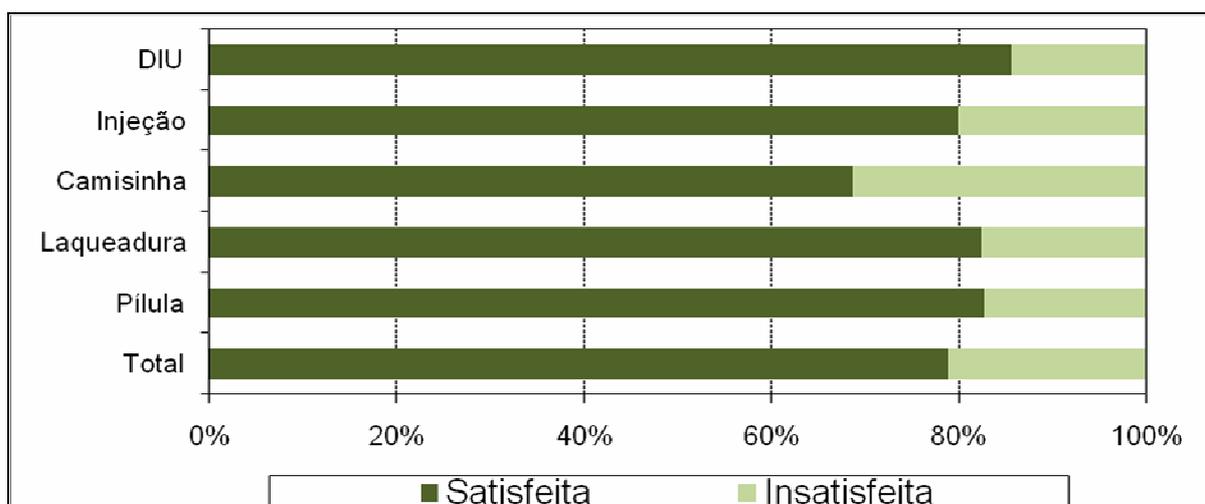
Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Satisfação com o método atual							< 0,0001
Muito satisfeita	132	16,6	177	25,5	309	20,8	
Satisfeita	373	47,0	376	54,2	749	50,3	
Pouco satisfeita	121	15,2	38	5,5	159	10,7	
Insatisfeita	82	10,3	35	5,0	117	7,9	
Ignorado	86	10,8	68	9,8	154	10,3	
Total	794	100,0	694	100,0	1.488	100,0	
Quem mais influenciou na escolha do método							< 0,0001
Escolha pessoal	416	52,4	420	60,5	836	56,2	
O médico / a enfermeira	116	14,6	145	20,9	261	17,5	
A agente de saúde	27	3,4	0	0,0	27	1,8	
Seu marido / companheiro	33	4,2	19	2,7	52	3,5	
Amigas / vizinhas	48	6,0	0	0,0	48	3,2	
Mãe / sogra	27	3,4	30	4,3	57	3,8	
Ignorado	127	16,0	80	11,5	207	13,9	
Total	794	100,0	694	100,0	1.488	100,0	
Realização de consulta médica antes do início do uso do método							< 0,0001
Não	288	36,3	113	16,3	401	26,9	
Sim	399	50,3	460	66,3	859	57,7	
Ignorado	107	13,5	121	17,4	228	15,3	
Total	794	100,0	694	100,0	1.488	100,0	
Pagamento da consulta							< 0,0001
Sim, com dinheiro do próprio bolso	58	14,5	82	17,8	140	16,3	
Sim, pelo plano de saúde	6	1,5	104	22,6	110	12,8	
Não, realizou pelo serviço público	335	84,0	274	59,6	609	70,9	
Total que realizou consulta	399	100,0	460	100,0	859	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Mangunhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Em que pese a subjetividade nas respostas, considerou-se relevante avaliar a satisfação das usuárias quanto à escolha do método anticoncepcional em uso.

Na relação entre satisfação referida e o método de escolha, o DIU e a laqueadura apresentam a melhor satisfação, com 82,5% das mulheres afirmando estarem satisfeitas ou muito satisfeitas com esses métodos, como apresentado no gráfico a seguir. Além disso, observa-se que, independentemente do método, a escolha foi feita pela própria mulher entre 35% a 60% dos casos.

Gráfico 8 - Mulheres em idade fértil que utilizam algum método anticoncepcional segundo satisfação com o método, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007



Fonte: Trabalho de campo, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007.

Tabela 14 - Mulheres em idade fértil que utilizam algum método anticoncepcional segundo pessoa que influenciou na escolha do método, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Métodos	Escolha pessoal	Médico/enfermeiro	Outros	Ignorado	Total
Pílula	59,8	28,6	10,2	1,4	100,0
DIU	35,1	16,2	37,8	10,8	100,0
Injeção	51,7	39,7	8,6	0,0	100,0
Camisinha	60,5	9,6	14,8	15,1	100,0
Laqueadura	50,5	1,2	12,1	36,2	100,0
Total	56,2	17,5	12,4	13,9	100,0

Fonte: Trabalho de campo, em Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007. (*) A categoria 'outros' inclui: ACS, 1,8%; marido ou companheiro, 3,5%; amigas/vizinhas, 3,2%; mãe/sogra, 3,8%.

Analisando as mulheres que não utilizam nenhum método anticoncepcional (32,0%), subgrupo esse ao qual foi perguntado as razões do não uso: 36,9% relataram ausência de relação sexual, 28,6% afirmaram a não utilização devido a efeitos colaterais, o que sugere menor possibilidade de escolha entre os diferentes métodos, na comunidade de menor renda e escolaridade (Tabela 15).

Tabela 15 - Mulheres em idade fértil segundo que razões para a não utilização de método anticoncepcional, Mandela de Pedra (N1=390) e Parque Oswaldo Cruz (N2=310), Rio de Janeiro, 2007

Principal razão pela qual não pensa em utilizar algum método anticoncepcional	MP		POC		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Não tem relações sexuais / não está casada / relações sexuais pouco freqüentes	95	24,4	163	52,6	258	36,9	< 0,0001
Problemas de saúde / efeitos colaterais	139	35,6	61	19,7	200	28,6	
Está amamentando / está grávida	45	11,5	30	9,7	75	10,7	
Opõe-se a utilização ou o companheiro se opõe	30	7,7	10	3,2	40	5,7	
Menopausa / retirou o útero	19	4,9	12	3,9	31	4,4	
Dificuldade de acesso (inclusive financeira)	18	4,6	8	2,6	26	3,7	
Outros (*)	44	11,3	26	8,4	70	10,0	
Total	390	100,0	310	100,0	700	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

(*) Tem dificuldade de engravidar; deseja mais filhos; não sabe o que é método anticoncepcional; e outros motivos.

3.2.2. A utilização de mais de um método anticoncepcional

Outra forma de analisar os dados de utilização e desejo de utilização de métodos anticoncepcionais é aquela que aponta a multiplicidade de métodos que podem ser considerados por cada mulher, em função de seu desejo ou de critérios clínicos e legais, para tal uso.

Para isso, inicialmente foi necessário definir uma nova variável “condição reprodutiva referida”, categorizada segundo a Tabela 16. Nesse caso, foram estimadas as mulheres que não mantinham relações sexuais, estavam histerectomizadas, já eram esterilizadas cirurgicamente e aquelas que relataram menopausa precoce (cirúrgica ou não). O último grupo categorizado refere-se àquele que compreende as mulheres férteis que referiram manter relações sexuais. Esse último grupo foi, por fim, subdividido entre aquelas que desejam mais filhos, estavam grávidas ou tinham dificuldades de engravidar, e entre aquelas que não desejam mais filhos no momento, que correspondia a um total de 1.418 mulheres.

Tabela 16 - Condição reprodutiva referida pelas mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007

Condição reprodutiva referida	N	(%)
Não tem relação sexual	263	12,0
Histerectomizadas	51	2,3
Esterilizadas	358	16,4
Menopausa	6	0,3
Férteis que mantêm relação sexual	1.510	69,0
Não desejam mais filhos no momento	1.418	64,8
Desejam mais filhos, estão grávidas	92	4,2
Total	2.188	100,0

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e de Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Como era de se esperar, esse subgrupo apresentou 1.418 mulheres e uma distribuição múltipla na utilização e desejo de utilização de métodos (Tabela 17). A partir dessa distribuição, será apresentada nessa dissertação, uma proposta de estimativa da necessidade anual (quantidade e valor) de métodos anticoncepcionais, levando em consideração: (i) as estimativas encontradas pela pesquisa no trabalho de campo; (ii) o custo unitário apurado no Banco de Preços do Ministério da Saúde e em outras licitações públicas de compras de insumo (materiais e medicamentos); (iii) despesas clínicas (consultas / grupos de educação em saúde com recursos humanos), (iv) parâmetros de referência do Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

O desejo de utilização de outro método foi calculado a partir dos dados obtidos do trabalho de campo que se referem ao desejo propriamente dito e à possibilidade clínica (absoluta e relativa) e legal das mulheres manter o método atual. A camisinha quase sempre é um método associado, o que pode ajudar nas ações de prevenção das DST e AIDS, além do planejamento familiar.

Tabela 17 - Distribuição da utilização atual de métodos anticoncepcionais e desejo de utilização sem contra-indicação clínica e legal de mulheres em idade fértil (*), Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz Manguinhos - Rio de Janeiro - 2007

Métodos	Utilização atual (a)	(%) de utilização Atual	(*) Desejo de Utilização (b)	(%) de utilização desejada	Variação (b)/(a) (%)
Camisinha	606	27,7	1314	60,1	116,8
Laqueadura	323	14,8	660	30,2	104,3
Pílula	630	28,8	283	12,9	-55,1
DIU	37	1,7	201	9,2	443,2
Injeção	58	2,7	30	1,4	-48,3
Naturais	8	0,4	28	1,3	250,0
Vasectomia	14	0,6	14	0,6	0,0
Diafragma (**)	0	0,0	11	0,5	-
Implante hormonal (**)	0	0,0	11	0,5	-

Fonte: Trabalho de campo, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Nota: Nos dois casos, os percentuais consideram como denominador o total de mulheres em idade fértil (2.188).

(*) Corresponde ao total de mulheres que desejavam utilizar o método, não possuíam contra-indicação clínica ou legal e na hipótese de acesso universal aos métodos desejados.

(**) Apesar de não aparecer no questionário respostas com a utilização de diafragma e implante hormonal, foi considerado o percentual recomendado de 0,5% pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

3.2.3 Perfil de uso dos métodos anticoncepcionais hormonais

Entre as mulheres em idade fértil, 67,3% utilizam ou já utilizaram métodos anticoncepcionais hormonais (Tabela 18), sendo que dessas, atualmente, 42,0 % utilizam pílula e 3,9% contraceptivos injetáveis. Nenhuma mulher referiu a utilização de outros métodos hormonais, como implantes hormonais de longa duração.

Considerando o acompanhamento clínico, 66,8% relataram realizar pelo menos uma consulta ao ano, 26,3% das mulheres relataram realizar consultas com intervalo maior de um ano, com uma significativa diferença entre aquelas que residem no Parque Oswaldo Cruz e as moradoras da comunidade de Mandela de Pedra, 8,0% e 44,0% (p-valor < 0,0001), respectivamente. Já a consulta médica, pelo menos semestral (todo mês, de três em três meses ou de seis em seis meses), para acompanhamento foi relatada por 31,8% das mulheres em Mandela e 73,2% no Parque Oswaldo Cruz, entre as que utilizavam pílula.

Quanto ao acesso ao anticoncepcional, 57,3% das usuárias tentaram obter a pílula no sistema público. Dessas, somente 28,1% relataram êxito sempre que procuraram.

Diversas mulheres afirmaram ter utilizado os anticoncepcionais orais, mas interromperam seu uso, devido a efeitos colaterais (30,4%), contra-indicação médica (8,5%), desejo de ter mais filhos (5,4%).

Novamente, a diferença sócio-econômica entre as comunidades fica evidente: das mulheres de Mandela de Pedra, 12,5% foram obrigadas a descontinuar o uso do método devido à interrupção do seu fornecimento gratuito pela unidade de saúde; enquanto, na comunidade do Parque Oswaldo Cruz, apenas 1,3% assim justificaram (p-valor, <0,0001).

Também pode-se observar a diferença na efetividade do anticoncepcional oral, quando comparadas as comunidades.: em Mandela, 8,3%, e, em Parque Oswaldo Cruz, 2,1% das mulheres afirmaram ter ficado grávida utilizando a pílula (p-valor, <0,0001).

Tabela 18 – Perfil de utilização de métodos anticoncepcionais hormonais entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	n1	(%)	n2	(%)	n	(%)	
Utilização atual ou anterior de pílula ou injeção anticoncepcional							< 0,0001
Sim	747	63,1	725	72,2	1472	67,3	
Não	437	36,9	279	27,8	716	32,7	
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Tentou pegar pílula no sistema público							< 0,0001
Sim	487	65,2	357	49,2	844	57,3	
Não	226	30,3	355	49,0	581	39,5	
Ignorado	34	4,6	13	1,8	47	3,2	
Total	747	100,0	725	100,0	1472	100,0	
Frequência com que conseguia pegar a pílula nos postos de saúde							< 0,0001
Sempre	187	38,4	50	14,0	237	28,1	
Às vezes	151	31,0	255	71,4	406	48,1	
Nunca	149	30,6	45	12,6	194	23,0	
Ignorado	0	0,0	7	2,7	7	0,8	
Total que tentaram	487	100,0	357	100,0	844	100,0	
Frequência que realizava consulta para acompanhamento							< 0,0001
Todo mês	103	13,8	73	10,1	176	12,0	
De três em três meses	68	9,1	233	32,1	301	20,4	
De seis em seis meses	66	8,8	225	31,0	291	19,8	
De ano em ano	112	15,0	103	14,2	215	14,6	
Mais de um ano	329	44,0	58	8,0	387	26,3	
Ignorado	69	9,2	33	4,6	102	6,9	
Total	747	100,0	725	100,0	1472	100,0	
Parou de utilizar a pílula							< 0,0001
Parou de utilizar por um tempo	64	8,6	52	7,2	116	7,9	
Não	186	24,9	309	42,6	495	33,6	
Sim	440	58,9	328	45,2	768	52,2	
Ignorado	57	7,6	36	5,0	93	6,3	
Total	747	100,0	725	100,0	1.472	100,0	
Motivo porque parou de usar a pílula							< 0,0001
Efeitos Colaterais	198	39,3	71	18,7	269	30,4	
Estava sem parceiro	28	5,6	69	18,2	97	11,0	
Indicação médica	32	6,3	43	11,3	75	8,5	
A unidade parou de distribuir gratuitamente	63	12,5	5	1,3	68	7,7	
Ficou grávida utilizando a pílula	42	8,3	8	2,1	50	5,7	
Desejava ter filhos	20	4,0	28	7,4	48	5,4	
Laqueadura	18	3,6	22	5,8	40	4,5	
Outros	103	20,4	134	35,3	237	26,8	
Ignorado	13	2,6	17	4,5	30	3,4	
Total (*)	517	100,0	397	100,0	914	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

(*) Esse total inclui “parou de utilizar por um tempo ou em definitivo”.

3.2.4 Perfil de uso da laqueadura

A laqueadura tubária é método irreversível de esterilização cirúrgica feminina. A prevalência de laqueadura na população estudada é de 16,6% (Tabela 19). Se forem consideradas todas as mulheres que desejam realizar a cirurgia, somadas à população já laqueada, a prevalência passaria para 48% de mulheres esterilizadas. Entretanto, considerando-se o impedimento legal, teria-se a prevalência de 30,2% (Tabela 17).

Mesmo sendo vetada pela Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Art. 10 II §2.º, a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, 71,4% das esterilizações, segundo relato das entrevistadas, foram realizadas intra-parto, com o predomínio desse procedimento nas mulheres da comunidade do Parque Oswaldo Cruz (88,6%), contra 54,7% para Mandela de Pedra.

Quanto à forma de financiamento da cirurgia, 43% das usuárias pagaram-na com recursos do próprio bolso, e somente 29% dessas mulheres participaram de um grupo de educação em saúde para a orientação sobre os métodos contraceptivos disponíveis.

O motivo principal da escolha desse método é o desejo de não ter mais filhos (73,7%). O tempo médio de espera entre a tomada da decisão de realizar a laqueadura até o momento da pesquisa foi de dois anos, no Parque Oswaldo Cruz, e de três anos, em Mandela de Pedra.

A idade mediana da realização da cirurgia ficou entre 27 anos, em Mandela de Pedra, e de 30 anos, no Parque Oswaldo Cruz. Das entrevistadas, 9,9% afirmaram não terem realizado a cirurgia por sua exclusiva vontade e 13,2% mostraram-se arrependidas de sua realização.

Tabela 19 – Perfil de utilização da laqueadura entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Realizou laqueadura tubária							0,2063
Não	996	84,1	828	82,5	1824	83,4	
Sim	188	15,4	176	17,5	364	16,6	
Total	1184	100,0	1004	100,0	2188	100,0	
A laqueadura foi realizada							< 0,0001
No momento do parto (intra-parto)	99	54,7	156	88,6	255	71,4	
Posteriormente (em outra cirurgia)	69	38,1	20	11,4	89	24,9	
Ignorado	20	7,2	0	0,0	20	3,6	
Total	188	100,0	176	100,0	364	100,0	
Pagamento pela cirurgia							< 0,0001
Sim, com dinheiro do próprio bolso	79	42,0	77	43,8	156	42,9	
Sim, pelo plano de saúde	0	0,0	24	13,6	24	6,6	
Não, realizou pelo serviço público	103	54,8	75	42,6	178	48,9	
Ignorado	6	3,2	0	0,0	6	1,6	
Total	188	100,0	176	100,0	364	100,0	
Antes da cirurgia, participou de algum grupo de orientação sobre planejamento familiar na unidade de saúde							0,2058
Sim	60	31,9	47	26,7	107	29,4	
Não	122	64,9	129	73,3	251	69,0	
Ignorado	6	3,2	0	0,0	6	1,6	
Total	188	100,0	176	100,0	364	100,0	
Motivo porque escolheu este método							< 0,0001
Não quer ter mais filhos	150	79,8	138	78,4	288	79,1	
Não se dava com outro método	0	0,0	6	3,4	6	1,6	
Recomendação médica	9	4,8	23	13,1	32	8,8	
Outros	17	9,0	3	1,7	20	5,5	
Ignorado	12	6,4	6	3,4	18	4,9	
Total	188	100,0	176	100,0	364	100,0	
Idade em que realizou a laqueadura							0,0027
Mediana (em anos)	27	-	30	-	29	-	
Realização por vontade própria							
Sim	155	82,4	164	93,2	319	87,6	
Não	27	14,4	9	5,1	36	9,9	
Ignorado	6	3,2	3	1,7	9	2,5	
Total	188	100,0	176	100,0	364	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas comunidades de Parque Oswaldo Cruz e de Mandela de Pedra, em Mangueiras, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Entre as mulheres que desejam submeter-se à laqueadura, os principais motivos por elas apontados para sua não realização até o momento são: a falta de dinheiro para financiar o procedimento (49,4%), obstrução legal/clínica (17,4%), aguardando na fila de espera para realizar no SUS (9,9%).

Ao se comparar os achados deste estudo, no qual 30% das entrevistadas manifestaram o desejo por laqueadura tubária e somente 14% tiveram acesso ao mesmo, com as estimativas para o Brasil (Brasil, 2002) em que, pelo menos, 40% das mulheres em idade fértil têm acesso a esse método, os dados evidenciam que nessas comunidades é reduzido sobremaneira o acesso à laqueadura, entre populações que utilizam o SUS, na cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 20 – Desejo de realização de laqueaduras entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	MP		POC		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Desejo de realizar laqueadura tubária neste momento (*)							< 0,0001
Sim	558	56,0	134	16,2	692	37,9	
Não	438	44,0	694	83,8	1.132	62,1	
Total	996	100,0	828	100,0	1.824	100,0	
Motivo pelo qual ainda não realizou							< 0,0001
Não tem dinheiro	307	55,0	35	26,1	342	49,4	
O médico não quis fazer o encaminhamento	55	9,9	21	15,7	76	11,0	
O médico decidiu não realizar na hora do parto, mesmo eu tendo solicitado	40	7,2	4	3,0	44	6,4	
Está na fila de espera para realizar / não conseguiu realizar exames pré-operatórios	65	11,7	3	2,2	68	9,9	
Outros (**)	91	16,4	71	53,0	162	23,5	
Total	558	100,0	134	100,0	692	100,0	
Antes de tomar a decisão pela cirurgia, participou de algum grupo de orientação sobre planejamento familiar na unidade de saúde							< 0,0001
Sim	241	43,2	24	17,9	265	38,3	
Não	256	45,9	89	66,4	345	49,9	
Ignorado	61	10,9	21	15,7	82	11,9	
Total	558	100,0	134	100,0	692	100,0	
Motivo da escolha do método							< 0,0001
Não quer ter mais filhos	434	77,8	76	56,7	510	73,7	
Não se dava com outro método	26	4,7	0	0,0	26	3,8	
Ignorado	88	15,8	54	40,3	142	20,5	
Outros (***)	10	1,8	4	3,0	14	2,0	
Total	558	100,0	134	100,0	692	100,0	
Tempo em que está na fila esperando para realizar a laqueadura (****)							
Média (em anos)	3	-	2	-	2	-	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

(*) Entre as mulheres que não realizaram laqueadura.

(**) O marido / companheiro não autorizou, por medo e outros motivos.

(***) Recomendação médica, menor custo, o marido não autorizou.

(****) Informação referente ao momento entre a tomada da decisão para realizar a cirurgia até o momento da entrevista, portanto o tempo médio entre a decisão e o ato cirúrgico é ainda bem maior.

3.2.5 Perfil do uso do DIU

O Dispositivo Intra-uterino (DIU) ainda tem sua utilização pouco freqüente (3,7%) (Tabela 21). Entretanto, 14,7% das mulheres gostariam de utilizar esse método. Os motivos apresentados para ainda não terem feito estão ligados, em sua maioria, ao acesso ao método: 19,3% não têm dinheiro para financiar a inserção, 17,8% estão na fila de espera e 10,8% afirmaram não ter tempo de participar das reuniões de planejamento que eram exigidas para a inserção na rede pública. Embora de utilização pouco freqüente, chama a atenção o fato de que, em todos os casos, as mulheres referiram ter colocado o dispositivo no setor público.

Tabela 21 – Perfil de utilização do dispositivo intra-uterino (DIU) entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Já utilizou DIU?							0,0297
Sim	54	4,6	28	2,8	82	3,7	
Não	1.130	95,4	976	97,2	2.106	96,3	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Desejo de colocar o DIU							< 0,0001
Sim	227	20,1	78	8,0	305	14,5	
Não	893	79,0	881	90,3	1.774	84,2	
Ignorado	12	0,9	17	1,7	29	1,3	
Total	1.132	100,0	976	100,0	2.188	100,0	
Motivo pelo qual ainda não colocou							0,2108
Não tem dinheiro	49	20,7	15	15,8	64	19,3	
O médico decidiu não realizar na hora do parto, mesmo eu tendo solicitado	13	5,5	0	0,0	13	3,9	
Está na fila de espera para realizar / não conseguiu consultas / exames preventivos	47	19,8	12	12,6	59	17,8	
Era exigida a participação nas reuniões e não tinha tempo	36	15,2	0	0,0	36	10,8	
Outros (*)	68	28,7	48	50,5	116	34,9	
Ignorado	24	10,1	20	21,1	44	13,3	
Total	237	100,0	95	100,0	332	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

(*) O marido / companheiro não autorizou/ por medo/ prefere outros métodos e outros motivos.

3.2.6 - Perfil do uso “camisinha” (preservativo masculino)

A camisinha masculina é o método mais utilizado: 79,5% das mulheres relatam já terem utilizado, com diferentes freqüências (34,8% utilizam sempre, 43,0% às vezes, 21,9% raramente).

Das entrevistadas utilizando esse método, 69,2% têm a rede pública como fornecedora e apenas 39,2% sempre conseguiram regularidade na sua obtenção. O número mediano de camisinhas que o parceiro

utiliza por semana foi de quatro. Quando perguntadas sobre o principal motivo para sua não utilização, 29,8% das mulheres referiram a união estável ou o parceiro sexual fixo (Tabela 22).

Tabela 22 – Utilização da camisinha pelos companheiros das mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Acesso à camisinha	MP		POC		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Já utilizou camisinha alguma vez							< 0,0001
Sim	983	83,0	756	75,3	1.739	79,5	
Não	192	16,2	226	22,5	418	19,1	
Ignorado	9	0,8	22	2,2	31	1,4	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Frequência de utilização							< 0,0001
Sempre	388	39,5	218	28,8	606	34,8	
Às vezes	362	36,8	385	50,9	747	43,0	
Raramente	228	23,2	153	20,2	381	21,9	
Ignorado	5	0,5	0	0,0	5	0,3	
Total	983	100,0	756	100,0	1.739	100,0	
Tentou pegar camisinha no sistema Público							< 0,0001
Sim	746	75,9	457	60,4	1.203	69,2	
Não	234	23,8	299	39,6	533	30,6	
Ignorado	3	0,3	0	0,0	3	0,2	
Total	983	100,0	756	100,0	1.739	100,0	
Frequência com que conseguia camisinha na unidade de saúde							< 0,0001
Sempre	315	42,2	156	34,1	471	39,2	
Às vezes	318	42,6	257	56,2	575	47,8	
Nunca	113	15,1	41	9,0	154	12,8	
Ignorado	0	0,0	3	0,7	3	0,2	
Total	746	100,0	457	100,0	1.203	100,0	
Número de camisinhas que gasta por semana							0,0276
mediana = média	4	-	4	-	4	-	
Desejo de utilizar a camisinha							
Sim	62	32,3	89	39,4	151	36,1	
Não	130	67,7	118	52,2	248	59,3	
Ignorado	0	0,0	19	8,4	19	4,5	
Total	192	100,0	226	100,0	418	100,0	
Motivo pelo qual não utiliza ou não Utilizou							0,0288
Acha que não precisa	12	19,4	5	5,6	17	11,3	
Possui parceiro fixo	22	35,5	23	25,8	45	29,8	
Outros	28	45,2	49	55,1	77	51,0	
Ignorado	0	0,0	12	13,5	12	7,9	
Total	62	100,0	89	100,0	151	100,0	

Fonte: Trabalho de campo, Manginhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

3.3. Sobre a Morbidade Referida e Hábitos de Vida

No que se refere a doenças crônico-degenerativas mais prevalentes, existem diferenças importantes entre as duas comunidades: em Mandela de Pedra, 49,2% das mulheres afirmaram ter pelo menos uma das seguintes morbidades: pressão alta, doença cardíaca, dor de cabeça freqüente, diabetes ou câncer. Essa prevalência era de 28,6% no Parque Oswaldo Cruz (p-valor < 0,0001). Ressalta-se a elevada prevalência de mulheres em idade fértil que mencionaram ter dor de cabeça freqüente (44,8% em Mandela de Pedra e 22,3% no Parque Oswaldo Cruz, p-valor < 0,0001).

Um subgrupo de condições referidas associadas à Saúde da Mulher que podem interferir na escolha do método também foi pesquisado (Tabela 23). Nas questões relacionadas a esse grupo estão a histerectomia, existência de mioma, volume menstrual muito grande, ocorrência de menstruação mais de uma vez por mês. Também para essas variáveis, Mandela de Pedra apresentou índices inferiores àqueles observados no Parque Oswaldo Cruz, isto é, a presença de pelo menos uma dessas condições foi de 36,1% na primeira comunidade e 13,1% na segunda (p-valor < 0,0001). Dentre essas características, destaca-se a presença de volume menstrual muito grande em 31,5% das mulheres de Mandela de Pedra e em 10,7% no Parque Oswaldo Cruz.

Quanto aos hábitos de vida como o tabagismo e a obesidade, observa-se diferença entre a primeira condição: 27,3% em Mandela de Pedra e 12,5% no Parque Oswaldo Cruz, (p-valor < 0,0001); e semelhança quanto a segunda condição (p-valor = 0,0768).

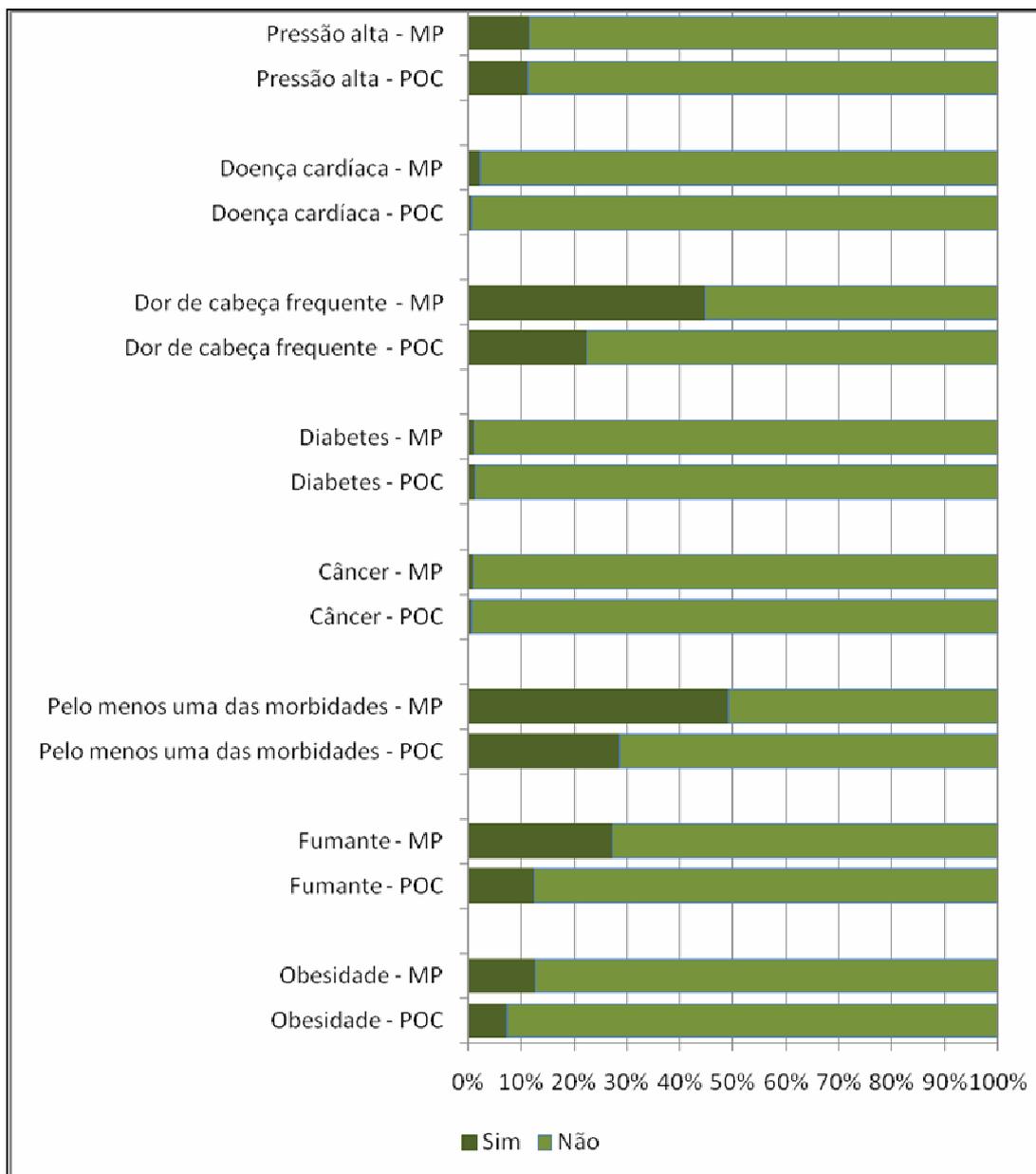
Tabela 23 – Morbidade referida e hábitos de vida entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (n1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (n2=1.004), Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	MP		POC		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Morbidade referida							
Pressão alta (a)	136	11,5	114	11,4	250	11,4	0,9230
Doença cardíaca (b)	26	2,2	7	0,7	33	1,5	0,0042
Dor de cabeça freqüente (c)	530	44,8	224	22,3	754	34,5	< 0,0001
Diabetes (d)	15	1,3	13	1,3	28	1,3	1,0000
Câncer (e)	12	1,0	7	0,7	19	0,9	0,4935
<i>Pelo menos uma das morbidades mencionadas (a+b+c+d+e)</i>	582	49,2	287	28,6	869	39,7	< 0,0001
Retirada de útero (f)	39	3,3	12	1,2	51	2,3	< 0,0001
Mioma (g)	7	0,6	22	2,2	29	1,3	0,0021
Volume menstrual muito grande (h)	373	31,5	107	10,7	480	21,9	< 0,0001
Mulheres que menstruam mais de uma vez por mês (i)	97	8,2	25	2,5	122	5,6	< 0,0001
<i>Pelo menos uma das morbidades mencionadas (f+g+h+i)</i>	428	36,1	132	13,1	560	25,6	< 0,0001
Hábitos de vida							
Fumante	323	27,3	125	12,5	448	20,5	< 0,0001
Obesidade (*)	151	12,8	75	7,5	226	10,3	0,0768

Fonte: Trabalho de campo, Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

(*) A entrevistadora avaliava a mulher, sem perguntá-la diretamente.

Gráfico 9 - Morbidade referida e hábitos de vida entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (N1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (N2=1.004), Rio de Janeiro, 2007



Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e de Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

3.4. Realização de Exames de Rotina

Sobre a realização de exames complementares de rotina necessários para o acompanhamento do uso de métodos anticoncepcionais, é marcante a diferença de acesso entre as comunidades: apenas 26,2% das mulheres em Mandela de Pedra e 55,8% no Parque Oswaldo Cruz afirmaram já terem realizado pelo menos uma vez ultra-sonografia transvaginal.

Para o exame preventivo de Papanicolau a cobertura era de, 61,0% na comunidade de Mandela de Pedra e 84,6% no Parque Oswaldo Cruz. Entre as mulheres acima de 40 anos, o exame de mamografia foi realizado por 14,6% daquelas que residem em Mandela de Pedra e 61,6% no Parque Oswaldo Cruz. Em todos os casos, as associações se mostraram estatisticamente significantes (p-valores < 0,0001).

Os exames de ultra-sonografia foram custeados pelas pacientes na maioria dos casos. Apenas 34,2% em Mandela e 14,5% no Parque Oswaldo Cruz realizaram o exame no setor público. De outro lado, o exame de Papanicolau foi realizado principalmente no setor público. Por fim, entre as mulheres do Parque Oswaldo Cruz, as mamografias foram realizadas: pelos planos de saúde (27,0%), com pagamento de dinheiro do próprio bolso (29,2%) e no setor público (42,1%). Os dados de Mandela, nesse caso, não possuem representatividade estatística para serem analisados.

Tabela 24 – Realização de exames de rotina entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (N1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (N2=1.004), Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Ultra-sonografia transvaginal	310	26,2	560	55,8	870	39,8	< 0,0001
Período de realização							
Realizou no último ano	107	34,5	186	33,2	293	33,7	
Realizou entre um e três anos atrás	90	29,0	285	50,9	375	43,1	
Realizou há mais de três anos	103	33,2	83	14,8	186	21,4	
Ignorado	10	3,2	6	1,1	16	1,8	
Total	310	100,0	560	100,0	870	100,0	
Pagamento pelo exame							0,0002
Sim, com dinheiro do próprio bolso	177	57,1	310	55,4	487	56,0	
Sim, pelo plano de saúde	23	7,4	163	29,1	186	21,4	
Não, realizou pelo serviço público	106	34,2	81	14,5	187	21,5	
Ignorado	4	1,3	6	1,1	10	1,1	
Total	310	100,0	560	100,0	870	100,0	
Exame preventivo Papanicolau	722	61,0	849	84,6	1.571	71,8	0,0220
Período de realização							
Realizou no último ano	287	39,8	495	58,3	782	49,8	
Realizou entre um e três anos atrás	242	33,5	293	34,5	535	34,1	
Realizou há mais de três anos	155	21,5	30	3,5	185	11,8	
Ignorado	38	5,3	31	3,7	69	4,4	
Total	722	100,0	849	100,0	1.571	100,0	
Pagamento pelo exame							< 0,0001
Sim, com dinheiro do próprio bolso	50	6,9	193	22,7	243	15,5	
Sim, pelo plano de saúde	28	3,9	201	23,7	229	14,6	
Não, realizou pelo serviço público	618	85,6	422	49,7	1.040	66,2	
Ignorado	26	3,6	33	3,9	59	3,8	
Total	722	100,0	849	100,0	1.571	100,0	
Mamografia (mulheres acima de 40 anos) (*)	29	14,6	178	61,6	207	42,5	< 0,0001
Realizou no último ano	0	0,0	73	41,0	73	35,3	
Realizou entre um e três anos atrás	16	55,2	84	47,2	100	48,3	
Realizou há mais de três anos	13	44,8	21	11,8	34	16,4	
Total	29	100,0	178	100,0	207	100,0	
Pagamento pelo exame (*)							< 0,0001
Sim, com dinheiro do próprio bolso	0	0,0	52	29,2	52	25,1	
Sim, pelo plano de saúde	0	0,0	48	27,0	48	23,2	
Não, realizou pelo serviço público	22	75,9	75	42,1	97	46,9	
Ignorado	7	24,1	3	1,7	10	4,8	
Total	29	100,0	178	100,0	207	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado, Manginhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

(*) No caso de MP, a amostra realizada para este substrato é muito pequena para ter representatividade estatística.

3.5. Caracterização dos Serviços de Saúde utilizados

Sobre o serviço de saúde que procura para a realização do pré-natal, preventivo ou consulta ginecológica, 81,7% das mulheres de Mandela e 60,0% do Parque Oswaldo Cruz procuram o Centro de Saúde da ENSP/Fiocruz (p-valor < 0,0001) (Tabela 25). Entretanto, a utilização dos serviços do PSF na comunidade é maior: 95,4% na primeira comunidade e 86,8% na segunda. O vínculo à Estratégia é maior no Parque Oswaldo: quando argüidas sobre o fato de conhecer o médico de família de sua comunidade (resposta espontânea), 85,0% das mulheres acertaram o nome do profissional nessa comunidade e 66,6% em Mandela de Pedra. Porém, existe baixa adesão às ações de planejamento familiar nas duas comunidades, com uma média global de 33,9% de mulheres que participaram de algum grupo de planejamento familiar na comunidade.

Tabela 25 – Perfil de utilização dos serviços de saúde entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (n1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (n2=1.004), Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Serviço de saúde que procura para pré-natal, preventivo e consulta ginecológica							
Centro de Saúde	962	81,3	602	60,0	1564	71,5	< 0,0001
Clínicas particulares / consultório particular	89	7,5	330	32,9	419	19,1	
Outros	83	7,0	37	3,7	120	5,5	
Ignorado	50	4,2	35	3,5	85	3,9	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Utilização dos serviços do PSF da comunidade							
Sim	1.129	95,4	871	86,8	2000	91,4	< 0,0001
Não	55	4,6	133	13,2	188	8,6	
Total	1.184	100,0	1.004	100,0	2.188	100,0	
Frequência com que utiliza os serviços do PSF							
Sempre	434	38,4	359	41,2	793	39,7	0,1192
Às vezes	487	43,1	336	38,6	823	41,2	
Raramente	208	18,4	176	20,2	384	19,2	
Total	1.129	100,0	871	100,0	2.000	100,0	
Sabe o nome do médico de família							
Sim	752	66,6	740	85,0	1492	74,6	< 0,0001
Não	377	33,4	131	15,0	508	25,4	
Total	1.129	100,0	871	100,0	2.000	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Manginhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Das entrevistadas 76,8% relataram estarem satisfeitas com as ações de planejamento familiar das equipes de saúde da família, contudo somente 18,6% das mulheres referiram estar muito satisfeitas.

Tabela 26 – Perfil de utilização dos serviços de saúde entre as mulheres em idade fértil, Mandela de Pedra (n1=1.184) e Parque Oswaldo Cruz (n2=1.004), Rio de Janeiro, 2007

Características selecionadas	Mandela de Pedra		Parque Oswaldo Cruz		Total		p-valor
	N1	(%)	N2	(%)	N	(%)	
Participação em algum grupo de planejamento familiar na unidade de saúde							< 0,0001
Não	631	55,9	692	79,4	1323	66,2	
Sim	498	44,1	179	20,6	677	33,9	
Total	1.129	100,0	871	100,0	2.000	100,0	
Satisfação com ações do planejamento familiar da equipe de saúde da família							0,0244
Muito satisfeita	98	19,7	28	15,6	126	18,6	
Satisfeita	294	59,0	100	55,9	394	58,2	
Pouco satisfeita	48	9,6	11	6,1	59	8,7	
Insatisfeita	25	5,0	0	0,0	25	3,7	
Ignorado	33	6,6	40	22,3	73	10,8	
Total	498	100,0	179	100,0	677	100,0	

Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, em Mangunhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

3.6. Análise da Produção de Procedimentos de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro no Período de 2000 a 2007 - SIA, SIH

3.6.1. Procedimentos ambulatoriais

Estima-se¹⁰ (**Anexo 6.2**) que 42,90% das consultas de ginecologia estão relacionadas às ações de planejamento familiar, e 4,61% das consultas médicas do PSF também são destinadas à mesma finalidade. Comparados esses dados às estimativas de necessidade da OPAS, seriam necessárias 1,0 consulta por mulher em idade fértil no ano para planejamento familiar. Como a oferta do Rio de Janeiro em 2007 foi de apenas 0,21 consulta por mulher em idade fértil no ano, fica claramente demonstrada a insuficiência de cobertura (SIA-SUS).

Em relação à consulta médica, interessa destacar que, o modelo de atenção à saúde e o aparato legal vigentes no Brasil apresentam a consulta médica como parte fundamental na escolha, aconselhamento e prescrição do método anticoncepcional para as mulheres que desejam engravidar e/ou apresentam dificuldade tal.

Essa reduzida taxa de oferta de consulta médica na rede do município do Rio de Janeiro constitui-se em limitador importante de acesso a todos os métodos anticoncepcionais, e demonstra a deficiência de cobertura de atenção básica no município, por ser essa ação própria do nível primário de atenção e de responsabilidade do município (Brasil, 2001).

Não conseguir acesso às consultas significa não ter receita adequada para obter a pílula ou o anticoncepcional injetável no SUS ou, o que é pior, o uso inadequado e, por vezes, uso concomitante com contra-indicações relativas ($313 / 630 = 49,7\%$), como constatado neste estudo, podendo colocar em risco a saúde de mulheres.

¹⁰ Estimou-se que 42,90% das consultas em ginecologia e 4,61% das consultas médicas do PSF referem-se a consultas de planejamento familiar (a partir do GIL, dados mensais para o período de janeiro de 2005 a janeiro de 2008, relativos ao total de pessoas atendidas pelo CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ - Maiores detalhes, ver Anexo 6.2).

Tabela 27 - Distribuição do número de procedimentos ambulatoriais e valores associados ao planejamento familiar, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007

Procedimentos	Quantidade absoluta de procedimentos ambulatoriais							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atend.Clínico p/ indic./ fornecimen. Diafragma	162	144	63	53	43	44	35	35
Atend.Clínico p/ indic./ fornecimento./ inserção DIU	1.704	1.280	649	529	510	497	498	652
Consulta em ginecologia ou gineco-obstetrícia	951.256	779.491	737.577	639.972	587.064	547.023	549.951	544.366
Consultas de planejamento familiar (*)	408.089	334.402	316.421	275.548	251.850	234.673	235.929	233.533
Consultas médicas do PSF	0	18.776	20.251	14.474	18.398	20.053	54.586	144.524
Consultas de planejamento familiar (*)	0	866	934	667	848	924	2.516	6.663
Consultas de grupo de educação em saúde (**)	432.261	230.795	148.055	140.088	99.757	99.965	75.305	140.196
Ultra-sonografia obstétrica	40.227	29.380	29.376	24.789	24.776	21.968	23.071	20.319
Ultra-sonografia pélvica	49.615	40.097	40.151	35.429	33.152	33.387	38.680	39.498
Ultra-sonografia transvaginal	19.403	17.781	20.205	17.395	16.684	20.233	31.347	26.946
Procedimentos	Valor total dos procedimentos (em R\$1.000,00)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atend.Clínico p/ indic./ fornecimen. Diafragma	1,20	1,07	0,47	0,39	0,32	0,33	0,26	0,26
Atend.Clínico p/ indic./ fornecimento./ inserção DIU	14,48	10,88	5,52	4,50	4,34	4,22	4,23	5,54
Consulta em ginecologia ou gineco-obstetrícia	1.940,56	1.590,16	1.504,66	1.305,54	1.197,61	1.115,93	1.121,90	1.110,51
Consultas de planejamento familiar (*)	832,50	682,18	645,50	560,08	513,77	478,73	481,30	476,41
Consultas médicas do PSF	180,62	174,18	142,46	78,02	57,79	43,55	52,76	45,29
Consultas de planejamento familiar (*)	0,00	2,30	2,48	1,77	2,25	2,45	6,67	17,67
Consultas de grupo de educação em saúde (**)	596,12	334,58	212,85	195,31	149,51	151,01	99,04	203,65
Ultra-sonografia obstétrica	283,60	207,13	215,67	251,99	302,24	272,18	285,85	293,39
Ultra-sonografia pélvica	349,79	282,68	296,18	352,46	404,34	413,66	479,25	564,59
Ultra-sonografia transvaginal	138,73	127,13	150,90	173,50	204,02	250,69	388,39	387,32

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro, a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/bancodad.shtml>, acessado em dezembro de 2007.

(*) Estimou-se que 42,90% das consultas em ginecologia e 4,61% das consultas médicas do PSF referem-se a consultas de planejamento familiar (a partir do GIL, dados mensais para o período de janeiro de 2005 a janeiro de 2008, relativos ao total de pessoas atendidas pelo CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ - Maiores detalhes, ver Anexo 6.2).

(**) Soma dos procedimentos com códigos do SIA-SUS: 0102301 - ativ.col.educ.saude prof.nív.méd comunidade; 0102303 - ativ.colet.educ.saude prof.nív.méd.estabel; 0401102 - ativ.col.educ.saude prof.nív.sup.comunidade; 0401103 - ativ.colet.educ.saude prof.nív.sup.estabel; 0401201 - ativ.educ.c/grupos na comunidade (PACS/PSF).

Tabela 28 - Distribuição do número de procedimentos ambulatoriais associados ao planejamento familiar, por grupo de mulheres em idade fértil, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007

Procedimentos	Quantidade de procedimentos por mulheres em idade fértil (SUS)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atend.Clínico p/ indic./ fornecimen. diafragma (a)	0,0001	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Atend.Clínico p/ indic./ fornecimento./ inserção DIU (b)	0,0010	0,0008	0,0004	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0004
Consulta em ginecologia ou gineco-obstetrícia	0,56	0,46	0,43	0,37	0,34	0,31	0,31	0,31
Consultas de planejamento familiar (*) (c)	0,2419	0,1969	0,1851	0,1596	0,1455	0,1337	0,1335	0,1312
<i>Consultas médicas do PSF</i>	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,08
Consultas de planejamento familiar (*) (d)	0,0000	0,0005	0,0005	0,0004	0,0005	0,0005	0,0014	0,0037
Consultas em grupo de educação em saúde (**) (e)	0,26	0,14	0,09	0,08	0,06	0,06	0,04	0,08
Ultra-sonografia obstétrica	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Ultra-sonografia pélvica	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Ultra-sonografia transvaginal	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro, a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/bancodad.shtml>, acessado em dezembro de 2007.

(*) Estimou-se que 4,61% das consultas médicas do PSF e 42,90% das consultas em ginecologia referem-se a consultas de planejamento familiar (a partir do GIL, dados mensais para o período de janeiro de 2005 a janeiro de 2008 relativos ao total de pessoas atendidas pelo CSEGSF/Ensp/Fiocruz - Maiores detalhes, ver Anexo 6.2).

(**) Soma dos procedimentos com códigos do SIA-SUS: 0102301 – atividade coletiva educacional em saúde profissional de nível médio na comunidade; 0102303 - atividade coletiva de educação em saúde de profissionais de nível médio em estabelecimento de saúde; 0401102 - atividade coletiva de educação em saúde feita por prof.nív.sup. na comunidade; 0401103 - atividade coletiva educacional em saúde feita por prof.nív.sup.estabel; 0401201 - atividade educ.c/grupos na comunidade (PACS/PSF).

3.6.2. Procedimentos hospitalares

Dos procedimentos hospitalares analisados, associados ao planejamento familiar, as internações de “curetagem pós-aborto” são os mais frequentes no município do Rio de Janeiro.

A laqueadura tubária legal é uma prática quase inexistente no SUS do Rio de Janeiro, no ano de 2007. O município do Rio de Janeiro realizou 310 internações para a realização de laqueadura tubária e 823 laqueaduras tubárias em pacientes com cesarianas sucessivas. As curetagens pos aborto têm diminuído ao longo dos anos, passando de 10.331 em 2000 para 6.920 em 2007.

Tabela 29 - Distribuição do número de internações hospitalares e valores totais associados ao planejamento familiar, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007

Procedimentos	Quantidade de internações							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Laqueadura tubária	0	4	44	57	440	245	427	310
Laqueadura tubária em paciente com cesariana(s) sucessiva(s)	1	81	420	805	895	831	792	823
Vasectomia parcial ou completa	0	3	30	44	131	126	232	138
Curetagem pós-aborto	10.331	9.856	9.036	9.169	9.889	8.482	6.916	6.920
Esvaziamento uterino pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU)	0	2	46	132	148	167	376	535
Total	10.332	9.946	9.576	10.207	11.503	9.851	8.743	8.726
Procedimentos	Valor total das internações (em R\$1.000,00)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Laqueadura tubária	0,00	1,14	11,89	15,60	119,03	65,35	114,76	85,80
Laqueadura tubária em paciente com cesariana(s) sucessiva(s)	0,29	44,77	211,16	429,81	533,89	533,77	545,15	570,65
Vasectomia parcial ou completa	0,00	0,38	4,23	8,62	28,03	27,64	52,28	30,41
Curetagem pós-aborto	1.171,01	1.136,23	1.029,43	1.164,90	1.472,53	1.293,68	1.043,89	1.128,24
Esvaziamento uterino pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU)	0,00	0,27	6,11	17,67	19,72	22,96	51,44	72,68
Total	1.171,30	1.182,78	1.262,82	1.636,60	2.173,20	1.943,40	1.807,53	1.887,79

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro, a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/bancodad.shtml>, acessado em dezembro de 2007. Procedimentos por local de internação, valores e quantidades aprovadas.

Enquanto que, para cobrir o déficit, em 2007, referente à população do Parque Oswaldo Cruz e de Mandela de Pedra, somente duas das dez comunidades de Manguinhos, seriam necessárias 302 laqueaduras, o município do Rio de Janeiro inteiro realizou apenas 310 desses procedimentos. Para manter a oferta do método contraceptivo seriam necessárias 27 laqueaduras ano, somente para essas duas comunidades.

O baixo número de laqueaduras apresentado nos sistemas oficiais, possivelmente, deve desconsiderar as laqueadura realizadas ilegalmente na rede pública ou conveniada.

Em 2007, o município do Rio de Janeiro ofereceu 0,63 laqueaduras para cada 1.000 mulheres (Tabela 30). Segundo presente estudo, esse procedimento deveria ocorrer na razão de 12 laqueaduras por 1.000 mulheres em idade fértil / ano (ou 1,2%) (ou seja, deveria ser 19 vezes maior).

Tabela 30 - Distribuição do número de internações hospitalares por 1.000 mulheres associadas ao planejamento familiar, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007

Procedimentos	Procedimentos por 1.000 mulheres em idade fértil (SUS)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Laqueadura tubária	0,000	0,000	0,003	0,003	0,025	0,014	0,024	0,017
Laqueadura tubária em paciente com cesariana(s) sucessiva(s)	0,000	0,005	0,025	0,047	0,052	0,047	0,045	0,046
Vasectomia parcial ou completa	0,000	0,000	0,002	0,003	0,008	0,007	0,013	0,008
Curetagem pós-aborto	0,612	0,580	0,528	0,533	0,571	0,483	0,391	0,389
Esvaziamento uterino pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU)	0,000	0,000	0,003	0,008	0,009	0,010	0,021	0,030

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro, a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/bancodad.shtml>, acessado em dezembro de 2007.

4. Discussão

“Esta autonomia, provocada pela regulação, é ela própria produzida por uma circularidade mais intensa, chamada circularidade autoprodutiva. (...) Somos, portanto, produtos e produtores no processo da vida. Da mesma maneira, somos produtores da sociedade porque sem indivíduos humanos não existiria a sociedade, mas, uma vez que a sociedade existe, com a sua cultura, com os seus interditos, com as suas normas, com as suas leis, com as suas regras, produzimos como indivíduos e, uma vez mais, somos produtos produtores.(...)”.

(Morin, 1999, pg. 4).

Como previsto no objetivo geral, este estudo buscou avaliar as ações de planejamento familiar como marcador de resultados da qualidade da atenção básica em duas comunidades do Bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Utilizou-se o referencial teórico de Kessner *et al* (1973; 1992) e Habicht *et al* (1999) e Brasil (2007). A discussão dos resultados foi organizada em três dimensões:

- (1) **IMPACTO** (“outcomes”), visando responder se o alcance dos objetivos do programa de planejamento familiar na população estudada é atingido;
- (2) **UTILIZAÇÃO** (“outputs”), respondendo se as ações oferecidas pelo programa estão sendo utilizadas pela população estudada;
- (3) **COBERTURA**, visando avaliar os indicadores de cobertura preconizados pelo programa.

Na discussão foi feita a opção de valorizar aqueles indicadores relacionados à atenção básica, tendo o planejamento familiar como traçador de resultados da qualidade da atenção básica¹¹.

4.1. Sobre o Impacto

A avaliação sistemática de indicadores de impacto é apontada como importante na manutenção da confiança dos usuários no sistema de saúde (BERR, 2007). As ações de planejamento familiar foram escolhidos como marcador de qualidade da atenção básica na cidade do Rio de Janeiro, e pela possibilidade de avaliar sua efetividade por meio de indicadores claros e sensíveis à intervenção do sistema de saúde.

¹¹ A ficha técnica de construção dos indicadores encontra-se no Anexo 7.

Considerando que o principal objetivo do programa de planejamento familiar é proporcionar o direito da mulher de escolher o melhor momento de ter filho e o número de filhos que deseja ter, elegeram-se cinco principais indicadores de impacto (“*outcomes*”) (Quadro 3).

Quadro 3 - Indicadores de impacto selecionados para análise do planejamento familiar

Indicadores de impacto
(I.01) Proporção de gestações planejadas.
(I.02) Proporção de mulheres que referiram deixar de estudar por motivo de gravidez ou para cuidar dos filhos.
(I.03) Proporção de gestações indesejadas.
(I.04) Proporção de mulheres que pensaram em utilizar algum método abortivo.
(I.05) Proporção de mulheres que tentaram utilizar algum método abortivo.
(I.06) Proporção de abortos provocados.

4.1.1. Gestações e número de filhos nascidos vivos planejados

Planejar o número de filhos e o momento ideal de tê-los são atitudes individuais ou assumidas a dois, que envolvem diversos aspectos psicológicos da vida da mulher. A importância de planejar ou não a família e suas implicações futuras são temas controversos para muitos, entretanto é papel do Estado investir em políticas que permitam às mulheres escolhas reprodutivas saudáveis, como política de promoção da saúde.

Um primeiro indicador considerado para avaliar esse poder de decisão foi a proporção de filhos planejados, que, no caso deste estudo, registrou 44,1%, com diferença estatisticamente significativa entre as duas comunidades, Mandela, a comunidade mais carente, com uma taxa de apenas 34,5%, e Parque Oswaldo Cruz, 56,6% (p-valor < 0,0001) (Quadro 4).

Schüler & Faccini (2002) confirmam a existência de correlação inversa entre a renda e o número de gestações não planejadas. Esses autores encontraram a proporção de 69,5% das gestações não planejadas em mulheres de baixa renda e de 51,8% entre as mulheres de renda média.

Outra correlação importante foi verificada entre esse indicador e a idade, sendo maior em faixas etárias mais jovens, para gestantes entre 11 e 19 anos (Abeche, 2003), entre as quais a taxa de gestação planejada foi somente de 22% das mulheres estudadas.

Quadro 4 – Parâmetros na literatura sobre gestações planejadas

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2005), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	44,1% de filhos nascidos vivos planejados
Abeche (2003), Porto Alegre/RS, Brasil	Entrevista em uma unidade hospitalar com 309 gestantes de 11 a 19 anos	22% de gestações planejadas
Bemfam (1997), Brasil	Entrevistas domiciliares com n=14.579, PNAD, 1996	25% das gestações planejadas
Silveira & Santos (2004), Pelotas/RS, Brasil	Entrevistas domiciliares com n= 726 mães de 15 a 49 em áreas cobertas pelo PSF.	36% das gestações planejadas
The Alan Guttmacher Institute (1994), América Latina e Caribe	Estimativas em mulheres de 12 a 49 anos	64% das gestações planejadas
Singh, 2006, Guatemala	Estimativas em mulheres de 15 a 49 anos	68% das gestações planejadas.
Palavras-chave utilizadas na busca: planejamento familiar, gestação planejada.		

4.1.2. Mulheres que deixaram de estudar por motivo de gravidez ou para cuidar dos filhos

Quando bem executadas, as políticas de planejamento familiar apontam, como seus benefícios, a capacidade da mulher em ter condições de estudar, amadurecer e se estruturar financeiramente para iniciar a formação da família.

Das mulheres pesquisadas, 27,3% afirmaram ter deixado de estudar por motivo de gravidez ou para cuidar dos filhos, não completando a escolaridade desejada. Costa (2005) relata proporção semelhante, 25,6%, em Feira de Santana/BA. Em jovens que engravidaram, esse motivo foi responsável por cerca de 40% dos casos de abandono nos estudos.

Quadro 5 – Parâmetros na literatura sobre mulheres que deixaram de estudar por motivo de gravidez ou para cuidar dos filhos

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	27,3% mulheres deixaram os estudos por motivos de gravidez ou para cuidar dos filhos.
Costa (2005), Feira de Santana/BA, Brasil	438 entrevistas realizadas com adolescentes e adultas jovens, que foram mães na adolescência e frequentaram as Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana	25,6% pararam de estudar por causa da gravidez
Barbosa, Souza Brito, Souza Leão, Medeiros (2006), Belém/PA, Brasil	Entrevista com 43 adolescentes grávidas no município de Belém.	41,9% pararam de estudar por causa da gravidez
Aquino (2003), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Entrevista com 4.634 jovens que engravidaram.	42,3% pararam de estudar por causa da gravidez
Palavras-chave utilizadas na busca: gravidez na adolescência.		

4.1.3. Gestações e número de filhos indesejados

Outro indicador de impacto importante é a proporção de gestações indesejadas, ou seja, de mulheres que referiram não quererem ter aquele filho.

Neste estudo, observou-se uma prevalência total de 35,5% de gestações indesejadas. Considerando-se somente a comunidade de Mandela de Pedra, a mais carente, encontra-se uma taxa mais elevada: 43,0%, superior a do Parque Oswaldo Cruz (25,8%). Essa estimativa é muito acima daquela encontrada pela Bemfam em 1996, de 20,0% de filhos não desejados para o Brasil. Atualmente, Figueiredo (2006) estimou em 25,0% a proporção de gestações indesejadas (Quadro 6).

Quadro 6 – Parâmetros na literatura sobre gestações indesejadas

Autor /Ano/ Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	35,5% de gestações indesejadas
Bemfam (1997), Brasil	Entrevistas domiciliares com n=14.579, PNAD, 1996	20% dos filhos não eram desejados
Figueiredo (2006), Brasil	Estimativas	25% de gestações indesejadas
Olinto (1999), Pelotas/RS, Brasil	Entrevistas domiciliares com n=3.002, mulheres entre 15 e 49 anos	25,5 % de gestações indesejadas
Abeche (2003), Porto Alegre/RS, Brasil	Entrevista, em uma unidade hospitalar, de gestantes de 11 a 19 anos	26% de não aceitação da gravidez
Palavras-chave utilizadas na busca: gestação não desejada.		

Associações entre esse indicador com índices de desnutrição e criminalidade são controversas, apesar de alguns autores (Hartung, 2007; Levitt *et al*, 2005; Cordovil, 1996; Pollitt, 1995) argumentarem que filhos indesejados teriam maior probabilidade de apresentar carências nutricionais ou de se envolverem com delinquência juvenil, devido às condições precárias de vida. Essa argumentação, contudo, necessita de avaliação específica baseada em evidências sólidas e com desenho metodológico adequado (preferencialmente com estudos individuados, longitudinais), o que não foi encontrado na literatura até o momento. Outra associação com o indicador de gestação indesejada é feita com as taxas de morte materna por abortamento provocado (Boyaciyany,1998).

4.1.4. Mulheres que pensaram em abortar

Pensar em abortar foi um sentimento que 27,3% das mulheres referiram para um dos seus três últimos filhos nascidos vivos. Em Hardly *et al* (1991), essa taxa foi de 18,7% para as alunas e funcionárias de uma universidade de São Paulo. Já em Osis (1994), obteve-se uma estimativa semelhante para o município do Rio de Janeiro: 24,9%.

Quadro 7 – Parâmetros na literatura sobre pensamento de abortar

Autor /Ano/ Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	27,3% das mulheres pensaram em abortar um de seus três últimos filhos nascidos vivos
Hardly <i>et al</i> (1991), São Paulo/SP, Brasil	Entrevistas com 1.987 alunas e funcionárias de uma Universidade do Estado de São Paulo	18,7% pensaram em abortar
Osis (1994), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Entrevistas com 801 mulheres em idade fértil	24,9% pensaram em abortar
Costa (1995), São Paulo/SP, Brasil	Entrevistas com 2.924 mulheres em uma universidade paulista	4,1% pensaram em abortar
Palavras-chave utilizadas na busca: pensaram abortar.		

4.1.5. Mulheres que tentaram abortar

No Brasil, o auto-aborto ou aborto consentido é crime previsto em lei (artigo. 124, 1ª e 2ª partes, do CP); entretanto, 15,5% das mulheres entrevistadas afirmaram ter tentado, sem sucesso, realizar um aborto, taxa essa parecida com os estudos de Hardly *et al* (1991), 13,7% ; Costa, (1995), 16%; e Osis (1996), 16,7%.

Quadro 8 – Parâmetros na literatura sobre tentativa de aborto

Autor /Ano/ Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	15,5% das mulheres tentaram abortar um de seus três últimos filhos nascidos vivos
Hardly <i>et al</i> (1991), São Paulo/SP, Brasil	Estimativas	13,7% das alunas e funcionárias de uma universidade de São Paulo tentaram abortar
Costa (1995), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Aplicação de 2.924 questionários em uma universidade paulista	16,0% tentaram utilizar algum método abortivo pelo menos uma vez
Osis (1996), São Paulo/SP, Brasil	Entrevistas domiciliares com 1.955 mulheres em uma região do estado do São Paulo	16,7% disseram que, pelo menos uma vez, tomaram chá ou remédio para induzir o aborto.
Palavras-chave utilizadas na busca: tentativa de abortar.		

Quanto aos métodos relatados, todos estavam ligados ao auto-aborto; o Misoprostol conhecido pelas entrevistadas como cytotec® foi o abortivo mais utilizado nessas tentativas. Outros métodos foram relatados: ingestão de chá de ervas, chá de cravo, comprimidos, buchinha do norte, coca-cola® com melhoral®, grãos de café e outros remédios caseiros.

4.1.6. Número de abortos provocados entre as gestações referidas ao longo da vida reprodutiva

As mulheres foram ainda perguntadas em relação à efetivação do aborto. Dessa forma, o estudo cumpriu todo o ciclo: (i) pensou em abortar; (ii) tentou abortar; (iii) realizou o aborto (perda da gestação).

Segundo a Federação Internacional de Planejamento Familiar (2006), o Ministério da Saúde estima que 31% de todas as gravidezes terminem em abortamento. Isso corresponde a cerca de 1,4 milhões de abortos por ano, sendo a maioria deles clandestinos, ou seja, aproximadamente 3.820 abortos por dia no país.

Osis (1996) demonstrou que as mulheres tendem a omitir a informação sobre a prática de aborto quando perguntadas diretamente, como no caso das pesquisas estudadas, podendo essa prevalência estar subestimada.

Nesta pesquisa, a prevalência de abortamento foi de 18,2%, distribuídos em 10,5% de abortamentos espontâneos e 7,7% de abortamentos provocados, valor próximo a outros estudos nacionais (Olinto, 2006; Carvalho, 2006; Torres, 2003).

Sedgh (2007), em um estudo que compara as taxas de abortamento entre as mulheres com 15 a 44 anos no mundo, relata que, na Europa Ocidental, foram observadas taxas de 1,1% de abortamentos provocados e, na Europa Oriental, de, 9,0%. Na maioria dos países da Europa Ocidental, o aborto não é considerado crime, sendo permitido com certas restrições.

Olinto (2006), utilizando um estudo de base populacional, relata que, entre as adolescentes, os principais preditores para o desfecho “aborto provocado” foram: pertencer a famílias de baixa renda, ter baixa escolaridade e alta evasão escolar. Para as mulheres de 20 a 49 anos de idade, não houve diferença socioeconômica.

Segundo Torres (2003) e Stanley (1999), a taxa de aborto induzido é bastante sensível à adoção de políticas de planejamento familiar e a um melhor acesso a métodos anticoncepcionais. Durante os últimos anos, o país que alcançou a maior redução da taxa de abortos na América Latina foi Cuba, passando de 4,5%, em 1990, para 2,1%, em 2000, isso é, reduziu praticamente à metade a taxa em uma década, após um forte incremento no planejamento familiar.

Para Frejka (1985), as mulheres altamente motivadas a controlar a fecundidade recorrerão tanto ao aborto como à contracepção. No Chile, onde o aborto é ilegal, Molina (2005) demonstrou a relação positiva entre um programa de planejamento familiar efetivo e a redução de gravidezes indesejadas e abortos induzidos em comunidades de baixo nível socioeconômico e cultural, reduzindo inclusive a mortalidade materna por abortos inseguros.

Quadro 9 – Parâmetros na literatura sobre abortos provocados

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovannella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	7,7% das mulheres realizaram aborto entre as gestações referidas.
Sedgh (2007), England	Taxa mundial de aborto, África / Europa / América do Norte / Ásia / América do Sul (estimativas)	2,9% / 2,8% / 2,1% / 3,1% / 4,2
Olinto (2006), Pelotas/RS, Brasil	Incidência total de abortos induzidos, (165/3.002)	5,4 %.
Silva (2001), São Paulo/SP	Incidência de abortos por 100 mulheres (65/877)	7,4%
Carvalho (2006), Londrina/PR	Prevalência de abortos provocados	7,7%
Torres (2003), Cuba	Incidência de abortos induzidos 1990 / 2001, Anuário Estatístico de Salud, 2001	7,8% / 4,9%
Hardy (1993), São Paulo, SP	Incidência de abortos entre as funcionárias (259/1.992) e as alunas (85/937) da Universidade do Estado de São Paulo	9% das alunas e 13% das funcionárias declararam ter tido pelo menos um aborto provocado
Hardy (1991), São Paulo, SP	Incidência de abortos provocados em (264/1987) funcionárias da Universidade de São Paulo	13,7%
Fonseca (1996), Fortaleza, CE	Entre 4.359 mulheres internadas por aborto, 2.084 relataram aborto provocado.	48%
Palavra-chave utilizadas na busca: abortos provocados.		

Nota: Segundo (Osis, Hardy e Faúndes, 1996), as pesquisas realizadas a respeito do aborto clandestino não têm metodologia de aceitação unânime. A situação de ilegalidade do procedimento pode determinar a falta de confiabilidade nos dados coletados.

Impressiona notar o número absoluto, estimado, de abortamento ao longo da vida reprodutiva nas duas comunidades, totalizando 413 casos, em Mandela de Pedra, e 155 casos, no Parque Oswaldo Cruz, e a marcante diferença entre as duas.

Outro indicador comumente construído para as taxas de abortamento é a taxa de abortos provocados em relação ao total de abortamentos. Nesse caso, encontra-se uma razão de 0,42 (Tabela 31).

Tabela 31 - Número de abortos espontâneos, abortos provocados e total de gestações ao longo da vida reprodutiva, Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007

Variáveis	Mandela	POC	Total
Nº de abortos espontâneos (a)	413	155	568
Nº de abortos provocados (b)	356	63	419
Nº de gestações (c)	3.936	1.491	5.427
	(%)	(%)	(%)
Nº de abortos espontâneos (a) / Nº de gestações (c)	10,5	10,4	10,5
Nº de abortos provocados (b) / Nº de gestações (c)	9,0	4,2	7,7
Razão do nº de abortos provocados (b) / nº de abortos espontâneos (a)	0,463	0,289	0,425

Fonte: Trabalho de campo, Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Considerando a estimativa da razão do número de abortos provocados sobre o número de abortos espontâneo de 0,425, pode-se sugerir que, no ano de 2007, no Rio de Janeiro, do total de 6.920 curetagens pós-aborto realizadas pelo SUS, 0,425 (2.941) ocorreram devido a abortos provocados, ou seja, uma média de oito por dia. Como nem todos os abortos obrigatoriamente geram a necessidade de curetagens, pode-se afirmar que os abortos provocados por dia, no município do Rio de Janeiro, devem ser ainda maiores (Tabela 32).

Utilizando-se, então, a taxa de abortamento provocado pelo total de gestações apresentadas pelo inquérito para os aglomerados subnormais, de 7,7%, estima-se que mensalmente, no mínimo, 325 mulheres realizem abortos à margem da legislação (Tabela 32).

Tabela 32 – Número de partos, curetagens pós-aborto e estimativas de gestações e abortos realizadas pelo SUS, Município do Rio de Janeiro, 2007

Variáveis	Valores	Média mensal	Média diária
Nº de partos (a)	43.774	3.648	120
Nº de curetagens pós-aborto (b)	6.920	577	19
Nº de gestações (c) = (a)+(b)	50.694	4.225	139
(%) de curetagens sobre o total de gestações (d)=(b)/(c)	13,5%	-	-
Estimativas (*)			
Total de abortos [(c) * 0,182]	9.226	769	25
Total de abortos espontâneos [(c) * 0,105]	5.323	444	15
Total de abortos provocados [(c) * 0,077]	3.903	325	11
Nº de curetagens realizadas devido a abortos espontâneos [(b) * 0,575]	3.979	332	11
Nº de curetagens realizadas devido a abortos provocados [(b) * 0,425]	2.941	245	8

Fonte: SIA-SUS, 2007 e estimativas do trabalho de campo, Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

(*) Estimativas extraídas do trabalho de campo, que auxiliaram na projeção dos valores do município do Rio de Janeiro.

Médici (1995) afirma que os abortos, já em 1991, eram a sexta causa mais prevalente de internação na rede SUS, implicando em custos vultosos para o sistema público de saúde.

4.2. Sobre a Utilização

Neste segundo item da discussão, será avaliada a utilização ou "produtos" (*output*) das ações de planejamento familiar, cujos indicadores procuram responder se as ações oferecidas pelo programa estão sendo utilizadas de maneira adequada, qual o financiamento utilizado e a satisfação da usuária. (Quadro 10)

Quadro 10 - Indicadores de utilização selecionados para análise do planejamento familiar

(U.01) Proporção de mulheres em idade fértil que utilizam algum método anticoncepcional.

(U.02) Proporção de mulheres satisfeitas com o método anticoncepcional escolhido.

(U.03) Proporção de mulheres que realizaram consulta médica antes da utilização do método escolhido.

(U.04) Proporção de mulheres que utilizam métodos anticoncepcionais com contra-indicação clínica.

(U.05) Proporção de mulheres que utilizam métodos anticoncepcionais e pagaram pela primeira consulta médica antes de seu uso.

(U.06) Proporção de mulheres que conseguiram obter método anticoncepcional escolhido no SUS.

(U.07) Proporção de mulheres cujos parceiros utilizam camisinha em todas as relações sexuais.

(U.08) Proporção de mulheres que já participaram de alguma reunião de grupo de planejamento familiar na unidade de saúde.

Na avaliação de políticas públicas de saúde, Kettl (2005) relata que a atenção dos principais avaliadores atualmente está em avaliar os resultados/impactos dessas atividades (*outcomes*); entretanto este item foi considerado importante porque, como lembra Almeida (1999), muitas vezes a avaliação isolada de resultados dificulta a identificação de fatores causais, dado a multiplicidade de determinantes que influenciam os indicadores. “*Sendo assim, a avaliação de desempenho deve se processar nos dois níveis (produtos e resultados), que, embora interconectados, proporcionam diferentes respostas a diferentes questões, envolvem os gerentes de diferentes maneiras e criam diferentes incentivos para o comportamento.*” (Almeida *et al*, 1999, p.264).

4.2.1. A utilização de métodos anticoncepcionais

Como prerrogativa inicial, considerou-se que acesso aos métodos contraceptivos única e simplesmente não representa para as mulheres a garantia da percepção de si mesmas como pessoas portadoras de desejos e de direitos.

Entretanto, muitas vezes, o acesso ao contraceptivo pode ser condição para que elas possam ter alternativas para suas vidas (Arihla, 1994).

A proporção de mulheres que utilizam métodos anticoncepcionais no Brasil vem crescendo desde a década de 1990, com isso, diferenças em sua utilização por faixas etárias. Garantir o acesso da população aos medicamentos, com as novas estratégias de dispensação, é uma das principais metas do Ministério da Saúde (Temporão, 2007). Na Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (Bemfam, 1997), 55,4% das mulheres utilizavam algum método anticoncepcional, com destaque para a laqueadura e a pílula. Diversos autores já apresentaram essa concentração elevada de mulheres utilizando a pílula no Brasil e geralmente usadas sem prescrição (Vieira, 1994, Berquó, 1999, Giffin, 2002, Mora, 2003) (Quadro 11).

Quadro 11 – Parâmetros na literatura sobre utilização de métodos anticoncepcionais

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	68,0% das mulheres utilizam algum método anticoncepcional
Costa <i>et al.</i> , (1989), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.	Inquérito domiciliar com 1.783 mulheres entre 15 e 49 anos	66,8% das mulheres utilizam algum método anticoncepcional
Lacerda, <i>et al.</i> (2005), Belo Horizonte/MG, Recife/PE, Brasil	Inquérito domiciliar com 2.408 mulheres, entre 15 e 59 anos, em Belo Horizonte e Recife.	70,67% das mulheres de Belo Horizonte utilizam algum método anticoncepcional 71,86 das mulheres de Recife utilizam algum método anticoncepcional
UNFPA (2005), Mundo	Estimativas	55% das mulheres utilizam algum método anticoncepcional (estimativas para o mundo) 70% das mulheres utilizam algum método anticoncepcional (estimativas para o Brasil)
Bemfam (1997), Rio de Janeiro e Brasil	Entrevistas domiciliares com n=14.579, PNAD, 1996	55,4% utilizam algum método (Brasil) 83,0% (Rio de Janeiro)

Palavras-chave utilizadas na busca: utilização de métodos anticoncepcionais.

Na população estudada, 68,0% das mulheres relataram usar algum método anticoncepcional; dentre essas, o método principal relatado foi a pílula (42,3%), seguido da camisinha (28,1%) e da laqueadura (21,7%).

Comparando o estudo de Costa et al (1989) com este estudo, percebe-se a semelhança no padrão de utilização dos métodos, com exceção para a camisinha, que passou de 1,4%, em 1989, para 27,7%, em 2007.

Quando compara-se o perfil de utilização de Manguinhos (1989 e 2007) com perfil de utilização do restante do Rio de Janeiro, fica evidente a desigualdade social expressa no padrão de utilização dos métodos, ao longo dos últimos 20 anos.

Entretanto, considerando o padrão de desejo de utilização apesar da limitação de acesso, verifica-se uma semelhança com a distribuição para o município e o país. Ou seja, o desejo de utilização dos métodos das mulheres que vivem nas favelas do Rio de Janeiro é próximo à utilização da cidade, porém o acesso aos métodos é bem diferente. (Quadro 12).

Quadro 12 – Parâmetros na literatura sobre a distribuição de utilização de métodos anticoncepcionais

Autor /Ano/ Local	Utiliza Método									Não utiliza Método
	Camisinha	Pílula	Injeção	DIU	Laqueadura	Vasectomia	Métodos Naturais	Diafragma	Implante hormonal	
Soranz & Giovannella (2008) (Atual), Rio de Janeiro/RJ	19,1	28,8	2,7	1,7	14,8	0,6	0,4	0,0	0,0	32,0
Soranz & Giovannella (2008) (Atual+Desejo), Rio de Janeiro/RJ	60,1	12,9	1,4	9,2	30,2	0,5	1,8	0,5*-	0,5*	18,8
Costa <i>et al.</i> , (1989) (Manguinhos), Rio de Janeiro/RJ	1,4	35,6	0,0	1,2	21,9	0,0	5,0	0,0	0,0	33,2
Bemfam (1997), Rio de Janeiro	4,7	22,5	1,1	0,6	46,3	0,8	6,6	0,2	0,0	17,0
Bemfam (1997), Brasil	4,4	20,7	1,2	1,1	40,1	2,6	6,1	0,1	0,0	23,3

Nota: Estimativas considerando recomendações mínimas de utilização diversificada de métodos.

(*) Apesar de não aparecer no questionário respostas com o desejo de utilização de diafragma e implante hormonal, foi considerado o percentual recomendado de 0,5% pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

Para considerar a necessidade não satisfeita de anticoncepcionais, utilizou-se dois métodos de cálculo: para o primeiro¹², apresentado por Tavares (2007), de mulheres que não utilizam método algum e que gostariam de utilizar, a taxa foi de 5,6%, próxima à relatada por Tavares (7,3%). Porém, considerando o segundo método¹³, a proporção de mulheres que não conseguem obter o método desejado, como demonstra Ross (1997), no Brasil, é de 27,9%.

Comparando-se o resultado do perfil de utilização na década de 1990 (Bemfam, 1997) aos resultados do estudo em Manguinhos, constata-se diferença de utilização de métodos contraceptivos em todas as faixas etárias (Tabela 33).

¹²Número de mulheres que desejariam utilizar métodos contraceptivos dentre as mulheres que não utilizam método algum, sobre o total de mulheres unidas (casadas ou com parceiros fixos).

¹³ Número de mulheres que não conseguem obter o método desejado sobre o número de mulheres com desejo de evitar uma nova gestação.

Tabela 33 - Proporção da população feminina em idade fértil por uso de métodos anticoncepcionais segundo faixa etária, Brasil - 1996 versus comunidades de Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007

Faixas etárias	Esterilização								Demais métodos	
	Algum método		feminina		Pílula		Camisinha			
	Bemfam (1997)	POC/MP (2007)	Bemfam (1997)	POC/MP (2007)						
15-19	14,7	45,7	0,1	0,0	8,8	13,2	3,3	29,8	2,5	2,8
20-24	43,8	71,8	5,9	0,0	26,1	42,8	5,2	19,1	6,6	9,9
25-29	64,7	76,5	21,1	9,6	27,0	39,9	6,5	17,3	10,1	9,6
30-34	75,4	71,6	37,6	9,1	21,4	38,4	4,7	20,8	11,7	3,3
35-39	75,3	62,3	49,0	23,4	11,9	21,1	3,8	14,9	10,6	2,9
40-44	71,2	75,7	53,4	36,2	6,7	27,6	3,6	9,9	7,5	2,1
45-49	61,7	74,2	47,6	40,6	3,3	9,4	2,6	19,7	8,2	4,5
Total	55,4	68,0	27,3	14,8	15,8	28,8	4,3	19,1	8,0	5,3

Fonte: Bemfam, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1997, e trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas Comunidades de Parque Oswaldo Cruz (POC) e de Mandela de Pedra (MP), em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

4.2.2. Satisfação com o método anticoncepcional escolhido

Este estudo observou a distribuição das entrevistadas segundo quatro subcategorias relacionadas à sua auto-percepção de satisfação com o método anticoncepcional escolhido, registrando 71,1% das mulheres muito satisfeitas/satisfeitas com o método (20,8% muito satisfeitas e 50,3% satisfeitas) 10,7% pouco satisfeitas e 7,9% insatisfeitas. Já Osis (2004), ao analisar os dados de uma amostra de mulheres em Campinas, São Paulo, encontrou 85,0% nessa mesma categoria. O estudo de Osis (2004) também analisou as razões de insatisfação, dentre as quais se destacaram: os efeitos colaterais, a baixa eficácia do método anticoncepcional oral e a dificuldade de acesso.

A satisfação da usuária com o método utilizado foi próxima da satisfação em relação à unidade de saúde: 76,8% afirmaram estar muito satisfeitas/satisfeitas com o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (Quadro 13).

Quadro 13 – Parâmetros na literatura sobre a satisfação com a utilização do método anticoncepcional escolhido

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	71,1% das mulheres estão satisfeitas / muito satisfeitas com o método atual escolhido.
Osís (2004), Campinas/SP, Brasil	250 mulheres que chegaram ao Ambulatório de Planejamento Familiar do CAISM em busca de um MAC	85,0% satisfeitas / muito satisfeitas
Costa <i>et al.</i> (1989), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.	Inquérito domiciliar com 1.783 mulheres entre 15 e 49 anos	74% das mulheres estão satisfeitas com o método atual escolhido.
Palavras-chave utilizadas na busca: método anticoncepcional satisfação.		

4.2.3. Realização de consulta médica antes da utilização do método escolhido

É importante destacar que a escolha para utilizar um método anticoncepcional não exclui a necessidade de realização de uma consulta médica para avaliação dos aspectos clínicos que podem limitar essa escolha por parte da mulher. No estudo, para a soma das duas comunidades, 57,7% das mulheres afirmaram ter realizado essa primeira consulta antes da utilização do método, com diferença estatisticamente significativa entre Mandela de Pedra (50,3%) e Parque Oswaldo Cruz (66,3%) (p-valor < 0,0001). Bahamondes (2006) observou que essa consulta médica antes da utilização de pílula anticoncepcional foi feita para a metade das mulheres (Quadro 14).

Quadro 14 – Parâmetros na literatura sobre a realização de consulta médica antes da utilização do método anticoncepcional escolhido

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	57,7% das mulheres realizaram uma consulta médica antes da utilização do método escolhido
Costa <i>et al.</i> (1989), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.	Inquérito domiciliar com 1.783 mulheres entre 15 e 49 anos	64% das mulheres realizaram uma consulta médica antes da utilização do método escolhido.
Souza <i>et al.</i> (2006), Maringá/PR, Brasil	Inquérito domiciliar com 384 mulheres entre 10 e 49 anos	35,9% das entrevistadas iniciaram o uso da pílula após consulta prévia
Ramos <i>et al.</i> (1975), Brasil.	Inquérito nas farmácias com 675 mulheres	27% das entrevistadas iniciaram o uso da pílula após consulta prévia
Bahamondes (2006), Campinas/SP, Brasil	Entrevista com 284 mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no estado do Paraná	50,0% receberam anticoncepcional após consulta médica
Palavras-chave utilizadas na busca: consulta médica antes da utilização do método anticoncepcional.		

Quanto à questão da acessibilidade econômica para utilização de um método anticoncepcional, apenas 70,9% das mulheres afirmaram ter recorrido ao serviço público para a primeira consulta médica antes da utilização do método (Mandela de Pedra = 84,0%, Parque Oswaldo Cruz = 59,6%). Esses percentuais de procura aos serviços do SUS são baixos se consideradas as características socioeconômicas dessas

comunidades, onde necessidades básicas de saúde, educação, emprego, renda e saneamento são visivelmente expressadas.

Chama a atenção que uma parte das mulheres deste estudo (16,3%) mencionou que a primeira consulta médica, realizada antes da utilização de um método anticoncepcional, tenha ocorrido com o pagamento mediante dinheiro do próprio bolso. E, ainda, no caso do Parque Oswaldo Cruz, 17,8% pagaram do próprio bolso e 22,6% das mulheres tiveram essa consulta custeada pelo plano de saúde.

4.2.4. Utilização de método anticoncepcional com contra-indicação clínica

Existem diversas contra-indicações clínicas para a utilização de cada um dos métodos anticoncepcionais. Por isso, há necessidade de um acompanhamento médico, tanto na consulta inicial quanto ao longo do tempo. Para definir o número total de mulheres que utilizam um método anticoncepcional com contra-indicação clínica, foram somadas as mulheres com esse atributo em cada um dos três métodos, a partir das variáveis demográficas e de morbidade referidas no instrumento de campo. Nesse cálculo, foram considerados os anticoncepcionais hormonais (oral e injetável), o DIU e a laqueadura.

Para o cálculo das mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais com contra-indicação, selecionaram-se as mulheres que relataram utilizar pílula ou injeção e referiram apresentar pressão alta, doença cardíaca, dor de cabeça freqüente, algum tipo de câncer, diabetes, hábito de fumar e, de acordo com a observação realizada, obesidade (Quadro 15).

Quadro 15 – Definindo a variável ‘nº de mulheres com contra-indicação clínica para uso de métodos anticoncepcionais

<p>(1) Regra para cálculo das contra-indicações de anticoncepcionais hormonais Variável 21 (‘Pílula’ + ‘Injeção’, então em pelo menos uma das variáveis 8,9,10,11,17,18 = (‘sim’)</p> <p>(2) Para o DIU: Variável 21 (‘DIU’), então, variáveis 13,14,15 = (‘sim’) e Variável 16 (‘>1’)</p> <p>(3) Para laqueadura: Variável 21 (‘Laqueadura’), então, Variável 41 (‘<25 anos’) e Variável 65 (‘<3 filhos’) + Variável 36 (=‘sim’) – Variável 40 (=‘3.recomendação médica’ + Variável 37 (‘=2. Realizou por vontade alheia a sua vontade’)</p> <p>Ítems= (1) +(2) + (3) (sem dupla contagem)</p>
--

Fonte: Elaboração própria.

No estudo, tanto *as mulheres que utilizavam pílula ou injeção, como as mulheres que afirmaram ser laqueadas, apresentaram contra-indicação clínica relativa*, totalizando 573 mulheres para as duas comunidades (52,3%), ou seja, entre as mulheres que utilizavam esses métodos, a metade apresentava contra-indicação clínica, com diferenças entre Mandela de Pedra (57,4%) e Parque Oswaldo Cruz (47,6%). Dias da Costa (2002) encontrou freqüência relativa percentual de 22,2% de contra-indicação entre mulheres do Rio de Janeiro que utilizaram pílula. Estudando o PSF de Maringá, Bahamondes (2006) estimou em 50,0% essa característica (Quadro 16).

Quadro 16 – Parâmetros na literatura sobre a utilização de algum método anticoncepcional com contra-indicação clínica

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	52,3% das mulheres possuem contra-indicação clínica para uso de pelo menos um método anticoncepcional
Espejo (2003), Campinas/SP, Brasil	Entrevista com 472 mulheres	52,4% não alcançaram um escore maior que seis, classificado como adequado
Bahamondes (2006), Campinas/ SP, Brasil	Entrevista com 284 mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no estado do Paraná	50,0% possuem alguma contra-indicação clínica
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	49,7% das mulheres utilizando pílula com contra-indicação clínica relativa, para esse uso
Costa <i>et al.</i> (1989), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 1.783 mulheres entre 15 e 49 anos	68,8% das mulheres utilizando pílula com contra-indicação clínica relativa, para este uso
Dias da Costa (2002), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Entrevista com 766 mulheres entre 20 e 49 anos	22,2% das mulheres utilizando pílula com contra-indicação clínica para esse uso
Souza <i>et al.</i> (2006), Maringá/PR, Brasil	Entrevista com 284 mulheres selecionadas entre as 62 equipes do PSF em Maringá, PR	25,1% das mulheres utilizando pílula com contra-indicação clínica para esse uso
Costa <i>et al.</i> (1996), Pelotas/RS, Brasil	Entrevista com 677 mulheres de 20 a 49 incluídas	18% das mulheres utilizando pílula com contra-indicação clínica para esse uso
Palavras-chave utilizadas na busca: anticoncepcional com contra-indicação clínica.		

4.2.5. O pagamento de consulta médica para utilização de método anticoncepcional

Quanto à questão da acessibilidade econômica para utilização de um método anticoncepcional, 16,3% das mulheres afirmaram ter feito o pagamento em dinheiro para a consulta médica (Quadro 17).

Quadro 17 – Parâmetros na literatura sobre o pagamento de consulta médica antes da utilização de método anticoncepcional

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008) Rio de Janeiro/RJ Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	16,3% das mulheres pagaram com dinheiro do próprio bolso a consulta médica 12,8% fizeram pelo plano de saúde 70,9% tiveram a consulta médica no serviço público.
Palavras-chave utilizadas na busca: pagamento de consultas de planejamento familiar.		

4.2.6. Disponibilidade no setor público para utilização do método anticoncepcional escolhido

Outro indicador para mensurar a acessibilidade econômica ao método escolhido foi elaborado a partir da combinação de diversas questões apuradas para: (i) pílula ou injeção anticoncepcional (se quem utiliza **sempre** conseguiu pegar as pílulas no setor público); (ii) laqueadura tubária (se quem é laqueada pagou pela cirurgia); (iii) DIU (se quem utiliza o DIU pagou por ele); (iv) camisinha (se quem utiliza **sempre** conseguiu obter as camisinhas no setor público). Do total de 1.488 pessoas que utilizam pelo menos um método anticoncepcional, 716 (48,1%) afirmaram a disponibilidade do mesmo de forma gratuita, no setor público (Mandela de Pedra = 58,9%, Parque Oswaldo Cruz = 35,7%).

Costa, em 1989, aponta que, em Manguinhos, 85,6% das mulheres obtinham a pílula por meio de compra direta e 95%, sem receita médica. Quase vinte anos após, somente 28,1% afirmaram sempre conseguir obter a pílula no sistema público.

4.2.7. Utilização de camisinha

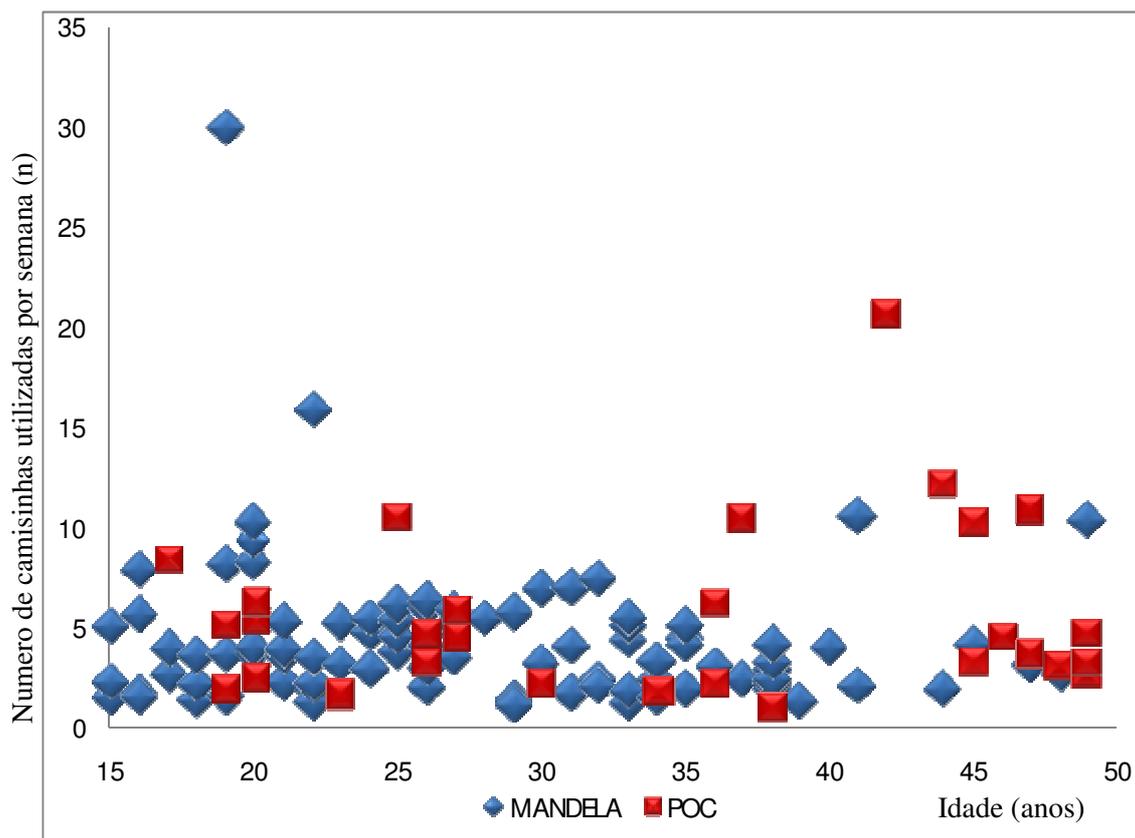
Um indicador de utilização foi elaborado especificamente para a utilização da camisinha. Nesse caso, a proporção de mulheres cujos parceiros utilizam camisinha em todas as relações sexuais pode revelar a prática do sexo seguro, uma vez que previne contra as DST e a taxa de falhas apresentada pela literatura é baixa. Para o total das duas comunidades, estima-se em apenas 38,9% esse indicador (Mandela de Pedra = 42,2%, Parque Oswaldo Cruz = 33,5%, p-valor < 0,0001) (Quadro 18).

Quadro 18 – Parâmetros na literatura sobre a utilização de camisinhas em todas as relações sexuais

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanela (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	38,9% afirmaram utilizar camisinha em todas as relações sexuais 79,5% afirmaram utilizar camisinha regularmente
Costa <i>et al.</i> (1989), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.	Inquérito domiciliar com 1.783 mulheres entre 15 e 49 anos	1,4% afirmaram utilizar camisinha
Bemfam (1997), Rio de Janeiro e Brasil	Entrevistas domiciliares com n=14.579, PNAD, 1996	4,3% afirmaram utilizar atualmente a camisinha
Sanches (1999), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Aplicação de 600 questionários em Jovens de 16 a 25 anos	43,3% usam regularmente a camisinha como método contraceptivo
Trindade (2001), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Aplicação de 300 questionários a mulheres sexualmente ativas	77% das mulheres da amostra <u>não</u> usam camisinhas regularmente
Siroma (2004), Brasília/DF, Brasil	Entrevista com 146 alunas de escolas públicas e 123 de escolas particulares sobre o uso de métodos contraceptivos regularmente	81% das alunas de escolas públicas utilizam regularmente, 75% das alunas de escolas particulares utilizam regularmente.
Moreira (2004), Florianópolis/SC, Brasil	Entrevistas com 83 usuárias que colocaram DIU em Florianópolis	9,6% utilizam camisinhas em todas as relações antes da colocação do DIU
Palavras-chave utilizadas na busca: camisinha, planejamento familiar.		

Quanto à distribuição do número de camisinhas que a mulher referiu como usadas pelo parceiro por semana, a dispersão variou de 1 a 30, com média = sete e mediana = quatro para Parque Oswaldo Cruz e média = quatro e mediana = três para Mandela de Pedra, revelando, nos dois casos, presença de um grupo de mulheres com 20 ou mais camisinhas por semana e distribuição heterogênea nas duas comunidades (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Distribuição do número de camisinhas utilizadas por semana por idade, Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007



Fonte: Trabalho de campo realizado em entrevistas domiciliares nas comunidades de Parque Oswaldo Cruz e de Mandela de Pedra, em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de julho a setembro de 2007.

Nota: A frequência discrepante para a utilização de um número de 20 camisinhas por semana pode sugerir uma proteção constante, com uso desse método, eventualmente por profissionais do sexo.

4.2.8. Participação de mulheres em reuniões educativas/atividades de grupo de planejamento familiar na unidade de saúde

Do total de mulheres em idade fértil pesquisadas que freqüentam o Saúde da Família, apenas 33,9% afirmaram já ter participado de alguma atividade de grupo de planejamento familiar na unidade de saúde. Essa participação é bem inferior àquela observada pelos estudos de Codes (2006) e Carvalho (2006), que registraram uma participação, respectivamente, de 41,4% e 60,5% (Quadro 19).

Quadro 19 – Parâmetros na literatura sobre a participação de mulheres em atividades de grupo de planejamento familiar na unidade de saúde

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz & Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	33,9% das mulheres participavam de atividades de grupo de planejamento familiar na unidade de saúde
Codes (2006), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Entrevista com 487 mulheres na cidade de Salvador para rastreamento de DST	41,4% participavam de algum grupo de planejamento familiar
Carvalho (2006), Londrina/PR, Brasil	Entrevista com 210 mulheres atendidas com diagnóstico de abortamento no Hospital Universitário	60,5% tinham participado de grupo de planejamento familiar

Palavras-chaves: grupos educativos de saúde / planejamento familiar.

4.3. Sobre a Cobertura

Para a avaliação da cobertura, foram utilizados os dados de produção dos sistemas nacionais de informação SIA e SIH e comparados com os valores recomendados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.

Quadro 20 - Indicadores de cobertura selecionados para análise do planejamento familiar

(C.01) Cobertura de consultas para planejamento familiar (SUS) por mulheres em idade fértil,
(C.02) Cobertura de grupos de educação em saúde (SUS) por mulheres em idade fértil,
(C.03) Cobertura de atendimentos clínicos para indicação/fornecimento/inserção de DIU (SUS) por mulheres em idade fértil,
(C.04) Cobertura de Laqueaduras Tubárias (SUS) por mulheres em idade fértil,

Para Lacerda *et al.* (2005). a demanda insatisfeita por contracepção em Belo Horizonte é de 5,86% e em Recife é de 7,27% das mulheres em idade fértil. Tavares (2007) estimou a demanda insatisfeita para o Brasil em 7,3%, considerando as mulheres que não usavam método algum, no momento da entrevista.

Segundo Tavares (2007), há necessidade de se avaliar a adequabilidade dos métodos contraceptivos, pois estar usando um método não necessariamente significa estar satisfeita com o mesmo. Considerando esta recomendação, esse estudo avalia a demanda insatisfeita por contracepção nas mulheres que não utilizam método contraceptivo e nas mulheres utilizam mas que desejam, podem ou devem por contra indicação clínica utilizar outro método que não o referido atual. (**Quadro 21**)

4.3.1. Taxa de cobertura de consultas de planejamento familiar

Devido o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS não especificar o tipo de consulta ou o CID informado pelo médico, foi necessário estimar, a partir do Gerenciador de Informações Locais (GIL), que registra o CID ambulatorial, do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, o percentual de consultas ginecológicas e de PSF relacionadas ao planejamento familiar.

Assim, encontrou-se, no GIL, que 40,90% das consultas de ginecologia e 4,61% das consultas médicas do PSF de Manginhos foram consideradas como consultas de planejamento familiar (Quadro 21).

Quadro 21 – Parâmetros na literatura sobre as taxas de cobertura de consultas de planejamento familiar

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz e Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos (2007)	0,577 consulta / mulher em idade fértil por ano, em Mandela de Pedra e em Parque Oswaldo Cruz
Soranz e Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Estimativas de cobertura utilizando dados oficiais do SIA/MS (2007)	0,135 consulta por mulher em idade fértil para a população usuária do SUS na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2007
Brasil (2001), Brasília/DF, Brasil	Parâmetros para programação das ações básicas de saúde/MS	1,0 consulta de planejamento familiar/mulher em idade fértil/ano

Comparados esses dados às estimativas de necessidade do Ministério da Saúde (2001), seria necessária uma consulta/mulher em idade fértil/ano para planejamento familiar. Como a oferta do município do Rio de Janeiro, em 2007, foi de 0,135 consultas/mulheres em idade fértil, observa-se a baixa cobertura desse procedimento.

Costa (2006), ao estudar essas estimativas de cobertura, medida pela informação fornecida pelos gestores sobre a estimativa de demanda atendida nos municípios, relatou em seu estudo que, como a cidade do Rio de Janeiro, 25,4% dos municípios da região Sudeste não alcançam nem 50% de cobertura adequada de consultas para planejamento familiar.

O modelo de atenção à saúde e o aparato legal vigentes no Brasil colocam a consulta médica como parte fundamental na escolha, aconselhamento e prescrição do método anticoncepcional para as mulheres que

desejam engravidar e/ou apresentam dificuldade para tal. Com isso, a reduzida taxa de oferta de consultas para o planejamento familiar, na rede do município do Rio de Janeiro, constitui-se em limitador importante de acesso a todos os métodos contraceptivos e procedimentos de tratamento para infertilidade e demonstra a deficiência de cobertura de atenção básica neste município, por ser essa ação própria do nível primário de atenção e de responsabilidade do município, como pactuado na NOAS 2001 e reafirmado na PNAB (2006).

Não conseguir acesso às consultas de planejamento familiar significa não ter receita adequada para obter a pílula ou o anticoncepcional injetável no SUS ou, o que é pior, o uso inadequado e, por vezes, concomitante a contra-indicações absolutas, já demonstrado neste estudo, pode colocar em risco a vida de mulheres.

Em especial, os dados para inserção de DIU devem ser analisados considerando o relatório de avaliação do Programa de Saúde da Mulher de 2002 (Brasil, 2003). Esse relatório comparou balancetes enviados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e das capitais sobre o número de diafragmas fornecidos e o número de DIU inseridos em 2000 e 2001, com os procedimentos informados pelo SIA-SUS, sendo o número de DIU distribuídos muito superior ao registro de DIU inseridos. Essa divergência de informação pode ser atribuída à baixa confiabilidade dos dados do SIA-SUS ou às constatações apontadas nos resultados da auditoria realizada, nos meses de abril e maio de 2001, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus, que relata *“que as coordenações estaduais e regionais do Programa de Saúde da Mulher desconhecem, em sua maioria, a situação das ações de Planejamento Familiar desenvolvidas nos municípios e utilizam critérios de distribuição dos métodos contraceptivos que não levam em consideração a realidade local, além da existência de estoques significativos de DIU e diafragmas em almoxarifados regionais e municipais. Em muitos casos, estes insumos foram enviados a municípios que não possuem profissionais capacitados na rede pública para indicação ou inserção destes métodos.”*.

4.3.2. Taxa de cobertura de grupos de educação em saúde (SUS)

As atividades educativas de Planejamento Familiar têm importância reconhecida mesmo antes da criação do PAISM. A falta de acesso à informação que possibilite uma escolha mais acertada do método contraceptivo foi apontada por diversos autores (Pacheco, 1998) como o principal fato para a baixa efetividade do programa de planejamento familiar em comunidades carentes, nas décadas de 80 e 90.

Pelos parâmetros do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), cada mulher deve participar de, pelo menos, uma reunião educativa no ano (Quadro 22).

Quadro 22 – Parâmetros na literatura sobre as taxas de cobertura de reuniões educativas/atividades de educação em saúde de planejamento familiar

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz e Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos (2007)	0,33 reuniões educativas /mulher em idade fértil/ano de cobertura em Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz
Soranz e Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Estimativas de cobertura utilizando dados oficiais do SIA/MS (2007)	0,084 reuniões educativas /mulher em idade fértil/ano de cobertura para a população usuária do SUS na cidade do Rio de Janeiro
Brasil (2001), Brasília/DF, Brasil	Parâmetros para programação das ações básicas de saúde/MS	1,0 reunião educativa /mulher em idade fértil/ano

É missão do grupo de planejamento familiar construir um conhecimento coletivo que possibilite maior poder à mulher para que ela se torne sujeito de seus direitos e deveres reprodutivos (Maia, 2002). Para Moura (2004), Araújo (2004), Maia (2002) e Silver (1999), que trabalharam a avaliação específica dessas atividades de educação em saúde, não basta o aumento da cobertura: é preciso indagar se os serviços ofertados na rede pública de saúde contribuem, de fato, para a saúde reprodutiva da mulher ou se constituem-se apenas em atos de “consumo simbólico”, isso é, serviços desnecessários ou de qualidade tão precária que em pouco ou nada contribuem para a saúde.

As atividades de grupos educativos são fortemente ligadas à atenção básica. Utilizando esse indicador como um traçador de cobertura dos serviços de atenção básica, evidencia-se a reduzida produção de serviços no município do Rio de Janeiro.

Moura (2006) e Araújo (2004) relataram a expressiva contribuição da Estratégia de Saúde da Família na produção de grupos educativos, o que pode explicar uma maior cobertura em Manguinhos (0,330), em relação ao município do Rio de Janeiro (0,084), de reuniões educativas por mulher.

Novamente, caberia aqui questionar a opção do município do Rio de Janeiro em não adotar o modelo de atenção básica preconizado pela PNAB (Brasil, 2006), mantendo a baixa cobertura de Saúde da Família e restringindo-a a comunidades de baixa renda. Esse modelo adotado vem prejudicando a efetividade das ações de atenção básica, em especial as ações de promoção à saúde e prevenção.

Na análise da cobertura desse indicador na cidade do Rio de Janeiro, consideraram-se somente dados de produção oficiais do SIA-SUS, disponibilizados pelo DATASUS. Esses procedimentos podem estar sendo realizados e sua produção não estar sendo informada.

4.3.3. Cobertura de atendimentos clínicos para indicação/ fornecimento/ inserção de DIU (SUS) por mulheres em idade fértil

Como descrito no resultado desta pesquisa, em 2007, a rede pública do município do Rio realizou 652 atendimentos clínicos para indicação, fornecimento e inserção de dispositivos intra uterinos (DIU), alcançando uma cobertura de 0,067% para a população de mulheres usuárias do SUS. Considerando os parâmetros de cobertura para programação das ações básicas de saúde (Brasil, 2001, p.26), seria necessária, no mínimo, uma cobertura de 1,25% para as mulheres em idade fértil. Em se considerando a cobertura necessária para os padrões de utilização e desejo desse procedimento, somente nas comunidades do Parque Oswaldo Cruz e de Mandela de Pedra, seria necessária uma cobertura de 1,8% para este procedimento (Quadro 23).

Quadro 23 – Parâmetros na literatura sobre a cobertura de atendimentos clínicos para indicação/fornecimento/inserção de DIU (SUS) por mulheres em idade fértil

Autor / Ano / Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz e Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	1,4% consulta, em Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz
Soranz e Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Estimativas de cobertura utilizando dados oficiais do SIA/MS: 652/970.880 (2007)	0,067% para a população usuária do SUS, na cidade do Rio de Janeiro
Ministério da Saúde (2001), Brasília/DF, Brasil	Parâmetros para programação das ações básicas de saúde/MS	1,25% de cobertura por mulher em idade fértil. Atendimento clínico para indicação, fornecimento e inserção de DIU

O desejo de 14,7% das mulheres de utilizar o DIU e o fato de somente 3,7% estarem usando-o podem sugerir que o perfil de utilização atual dos métodos anticoncepcionais esteja fortemente ligado à falta de acesso, e não somente à falta de informação ou à cultura.

No inquérito domiciliar apresentado, não foi relatada nenhuma inserção de DIU no sistema privado de saúde, talvez porque, até o momento da pesquisa, esse procedimento não estava incluído no rol daqueles cobertos pelos planos de saúde.

Dentre os países da América Latina, o que apresentou os melhores indicadores de efetividade nas ações de planejamento familiar foi Cuba (Torres, 2003). Segundo Alfonso Fraga (2006) e Rigol (2006), o dispositivo intra-uterino, o DIU, é o principal método utilizado pelas mulheres cubanas.

No Brasil, a baixa cobertura de atendimento clínico para inserção de DIU significa limitação de acesso a esse método. Novamente, apresenta-se uma cobertura insuficiente de um procedimento inerente da atenção básica. Como ratifica Díaz (1992), o DIU pode ser inserido por profissionais treinados com grande facilidade, devendo ser obrigação de todo o médico de família estar apto a fazê-lo.

4.3.4. Cobertura de laqueaduras tubárias (SUS) em mulheres em idade fértil

No inquérito domiciliar realizado nas comunidades de Mandela de Pedra e de Parque Oswaldo Cruz, esse foi o método de escolha por 38% das mulheres em idade fértil. Pode-se inferir que essa preferência se dê devido a falta de acesso aos demais métodos ou ao pouco conhecimento de outros reversíveis, permanecendo no imaginário a frase “vou ligar de vez”. Atualmente, o tempo médio de espera relatado até o momento para realização da laqueadura no SUS, no município do Rio de Janeiro, é de dois a três anos.

No ano de 2007 na cidade do Rio de Janeiro, oficialmente pelo Sistema de Informação Hospitalar, 310 laqueaduras foram realizadas fora do momento do parto e 823 laqueaduras intra-parto, devido a sucessivas cesarianas anteriores.

Quadro 24 – Parâmetros na literatura sobre as taxas de cobertura de laqueaduras tubárias (SUS) por mulheres em idade fértil

Autor /Ano/ Local	Desenho do Estudo	Parâmetros Encontrados
Soranz e Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Inquérito domiciliar com 388 mulheres entre 15 e 49 anos	0,081 / mulher em idade fértil / ano, em Mandela de Pedra e em Parque Oswaldo Cruz (178/2.188)
Soranz e Giovanella (2008), Rio de Janeiro/RJ, Brasil	Estimativas de cobertura utilizando dados oficiais do SIA/MS (2007)	0,00064 de cobertura para a população usuária do SUS, na cidade do Rio de Janeiro
Parâmetros para manter 30% da população laqueada (valor estimado pela utilização atual + desejo referido, excluindo impossibilidade legal e contra-indicação clínica)		0,012/mulher em idade fértil/ano

Alcançando então uma cobertura de 0,064% de laqueaduras por ano, taxa extremamente baixa, e considerando os padrões de utilização de métodos anticoncepcionais no Rio de Janeiro, coloca-se a reflexão ética de que o direito/decisão de uma mulher em realizar a laqueadura envolve fatores sociais, econômicos, culturais, pessoais e de acesso a outros métodos mais modernos e reversíveis, que deve ser considerada pelos profissionais de saúde (Soares, 2004; Cunha, 2005; Vieira, 2007).

Corroborando com Soares (2004), este estudo confirma a falta de acesso da laqueadura tubária no Sistema Único de Saúde, o que favorece práticas clandestinas, pois, nas comunidades estudadas, 71,4% das esterilizações foram realizadas intra-parto, sendo que, dessas, a maioria foi paga com dinheiro do próprio bolso e realizada pela população de maior renda. A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, assegura a realização da esterilização cirúrgica a todas as mulheres que o desejem e se enquadrem em seus critérios de permissão, não cabendo qualquer juízo de valor dos profissionais de saúde.

É, portanto, marcante neste inquérito, como as mulheres que dependem exclusivamente do SUS não têm acesso aos seus direitos e como as mulheres que podem pagar pela laqueadura não precisam respeitar os critérios legais impostos pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

A inexpressiva relação oferta/necessidade de laqueadura pode ser um marcador da dificuldade de acesso à rede especializada, e da baixa capacidade de coordenação do cuidado pela atenção básica no município do Rio de Janeiro, que apresenta a maior rede federal, municipal e privada hospitalar do país e a segunda maior rede estadual, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de dezembro de 2007.

Em 1989, Costa *et al.* já alertavam sobre a alta frequência (66%) de laqueaduras intra-parto em Mangueiras; em 1996, a PNDS (1996) apresentou a taxa de 59% para o Brasil; neste estudo, em 2007, a taxa de laqueadura intra-parto aumentou para 71,4%, mesmo em detrimento da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996; Hardy *et al.* (1993) ilustraram a preocupação confirmando que muitas das cesarianas são realizadas com o propósito exclusivo da realização da laqueadura.

Os resultados deste estudo corroboram com Olinto (1999), ao demonstrar que as mulheres esterilizadas tiveram renda familiar superior e registrando, também, maior percentual de esterilização em mulheres da comunidade do POC, com melhores condições socioeconômicas.

A esterilização em mulheres provenientes de estratos de baixo nível socioeconômico é uma preocupação das políticas de planejamento familiar. Porém essa prerrogativa não pode ser usada como limitador de acesso às mulheres que preenchem os critérios legais para a realização do procedimento e assim o desejarem.

Com os dados apresentados, fica evidente que a capacidade de realizar uma laqueadura ou o acesso a uma variedade de métodos não depende da permissão legal, mas da condição econômica, como ilustra Wolff (2002, p. 16): *“passamos aqui do problema formal da liberdade política ao problema de justiça econômica, e desta não depende mais apenas a questão da liberdade “formal” (temos o direito de fazer?), e sim a questão da liberdade “material” (temos os meios para fazer?).”*.

Essa dicotomia entre liberdade de direito (política e jurídica) e liberdade de fato (econômica) sublinha a privação de direitos dos pobres e socialmente fracos e deixa óbvio como os privilegiados se esquivam das leis (Méndez, 2000).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, na edição de 10 de janeiro de 2008, do Diário Oficial da União, a Resolução Normativa nº 167, que revê o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e amplia as coberturas para os beneficiários de planos de saúde. Dentre eles incluem-se as beneficiárias de planos de saúde novos ou adaptados que passarão a ter direito não apenas à colocação, mas também à cobertura do DIU convencional e a laqueadura tubária.

5. ESTIMATIVAS DE NECESSIDADES E CALCULO DE RECURSOS PARA A COBERTURA UNIVERSAL EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

A construção de uma linha de cuidado deve apresentar as necessidades de referência de sua população, com o estabelecimento de fluxos e percursos definidos entre os níveis de atenção. Para tanto é necessária a disponibilidade de informações sobre as demandas por assistência, assim como as causas de variações da demanda (Giovanella, 2002).

Este capítulo foi elaborado a partir da construção da linha de cuidado das ações de Planejamento Familiar, estimando a necessidade de recursos para manutenção das ações de planejamento familiar nas comunidades de POC e de MP e nos aglomerados subnormais do Rio de Janeiro.

Resgatando os dados relativos à condição reprodutiva das comunidades de Mandela de Pedra e do Parque Oswaldo Cruz (POC), foi estimado que, do total de mulheres em idade fértil dessas localidades, 64,8% eram sexualmente ativas e férteis e não desejavam ter filhos no momento da entrevista (Tabela 34). Por isso, essa estimativa será considerada na projeção das necessidades de comunidades semelhantes, isto é, para o total das comunidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos e para o total dos aglomerados subnormais típicos da cidade do Rio de Janeiro, definidos pelo IBGE para o Censo Demográfico de 2000.

Tabela 34: Distribuição das mulheres em idade fértil segundo condição reprodutiva, Comunidades de Mandela e do Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007

População feminina de 15 a 49 anos	Mandela e POC	
	N	(%)
Que não têm relações sexuais	263	11,7%
Que estão hysterectomizadas ou em menopausa precoce	57	2,6%
Que foram esterilizadas cirurgicamente	358	16,3%
Que têm relações sexuais e são férteis e desejam ter filhos (ou estão grávidas)	92	4,2%
e não desejam ter filhos	1.418	64,8%
Total	2.188	100,0%

Fonte: Inquérito domiciliar em POC e MP, áreas de aglomerados subnormais definidas pelo Censo Demográfico do IBGE (2003).

5.1. Linha de Cuidado das Ações de Planejamento Familiar

Um fluxograma da linha de cuidado para as ações de planejamento familiar foi elaborado a partir dos percentuais do inquérito realizado, no qual 29,0% eram mulheres em idade fértil, valor próximo às estimativas do Brasil (26,7%) e do município do Rio de Janeiro (28,7%) de mulheres em idade fértil (15-49 anos), em uma população (IBGE, 2007) (Figura 6).

A partir dessa confirmação e tomando-se como parâmetros os desejos apresentados, o perfil de utilização, as co-morbidades e os hábitos de vida, foi então calculada a distribuição da necessidade de utilização dos métodos contraceptivos para a população estudada.

Tabela 35: Distribuição de necessidade de oferta para as mulheres em idade fértil segundo condição reprodutiva e método de escolha, Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra, Rio de Janeiro, 2007

População feminina de 15 a 49 anos	(%)
Que não têm relações sexuais	11,7
Que estão hysterectomizadas	2,6
Que foram laqueadas	30,1
Que têm relações sexuais e são potencialmente férteis (c) = (a)+(b)	55,2
e desejam ter filhos no momento da entrevista (ou estão grávidas) (a)	4,2
Pré-natal*	80,0
Consulta para infertilidade*	20,0
e não desejam ter filhos (b)	51,0
Pílula	12,9
Camisinha	60,1
DIU	9,2
Injeção	1,4
Naturais	1,3
Diafragma (*)	0,5
Implante hormonal (*)	0,5
Vasectomia do parceiro	0,6
Laqueadura	1,2

Fonte: Inquérito domiciliar em POC e MP e parâmetros técnicos.

* Definidos como padrões mínimos segundo o MS/Brasil.

Relativo às mulheres em idade fértil que não têm relações sexuais e são hysterectomizadas, foi considerado o informado no inquérito de 12% e 2,6% respectivamente; nas laqueadas, foi considerado o desejo e a possibilidade legal de realizarem laqueadura tubária, 30%.

Também foi utilizada a proporção encontrada no inquérito de 55,2% de mulheres que têm relações sexuais e são potencialmente férteis e que, dessas, 4,2 estão grávidas ou desejam engravidar e 51% não desejam ter filhos.

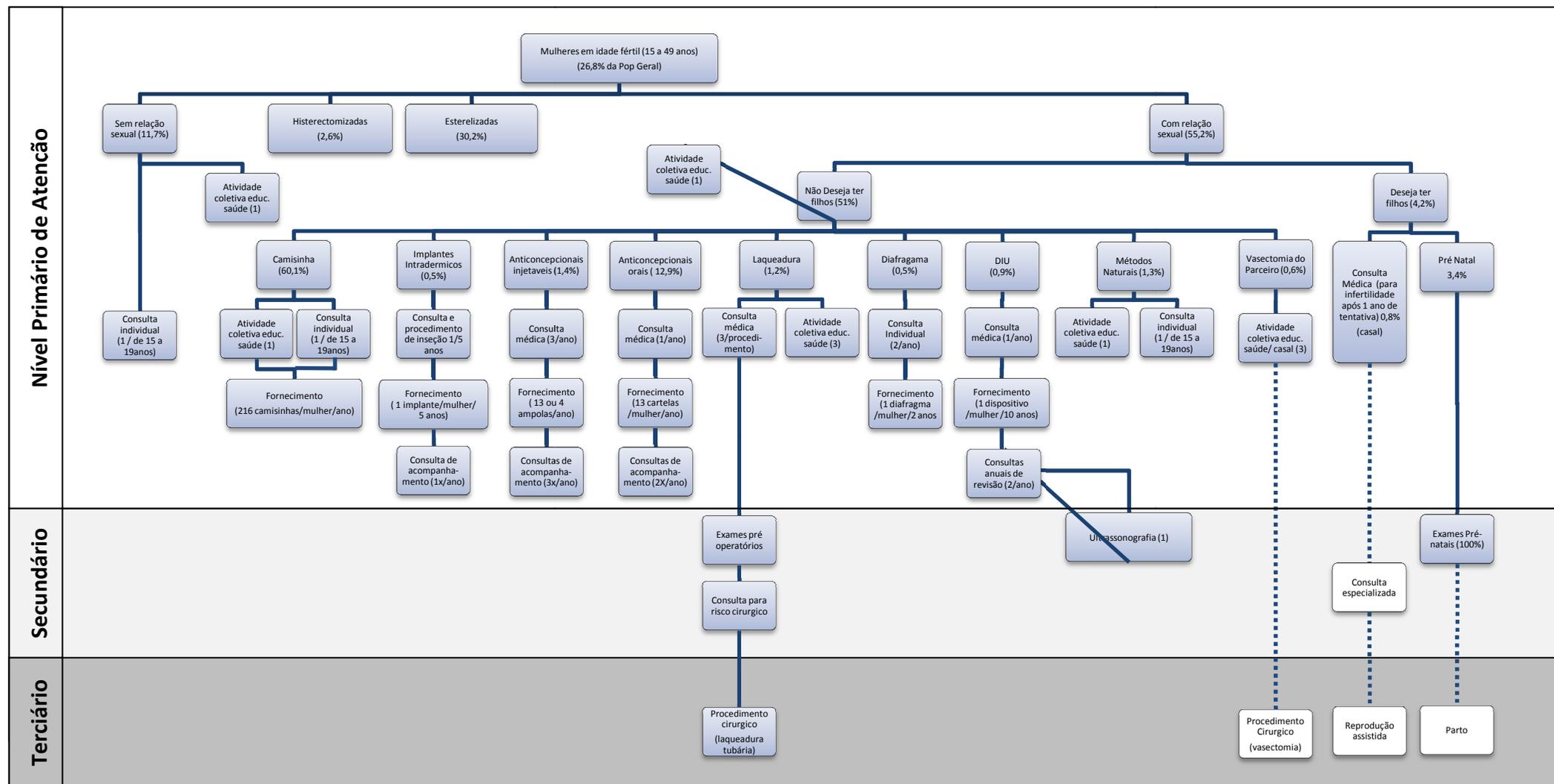
Para a distribuição dos métodos considerou-se:

- para a camisinha: contagem múltipla de mulheres que relataram desejar utilizar a camisinha em todas as suas relações (92,67%);
- para as proporções de uso dos implantes e diafragma, considerou-se os padrões mínimos de uso;
- para os anticoncepcionais orais, foi considerado o desejo das mulheres em utilizar a pílula (12,9 %);
- para a laqueadura, foi estimada a necessidade para manter 30%, sendo, para isso, necessário operar 2,4% da população por ano;
- para o DIU, foi considerado o desejo de utilização de 9,2%; considerando o tempo médio de cinco anos de uso, foi estimado que fossem necessárias novas inserções, à taxa de 1,8%.

Em relação à necessidade de procedimentos e insumos não questionados na pesquisa, considerou-se o estabelecido no Manual Técnico do Programa de Planejamento Familiar, do Ministério da Saúde.

A laqueadura tubária deverá ter cobertura obrigatória, desde que sejam seguidas as diretrizes do Ministério da Saúde (Lei nº 9263/96), que valerão também para a cobertura da vasectomia, no caso dos homens. Outra cobertura importante para a saúde da mulher é a colocação do dispositivo intra-uterino (DIU).

Figura 6 - Fluxograma da linha de cuidado das ações de planejamento familiar



Fonte: Elaboração própria, a partir do modelo INCA, 2006. Nota: os percentuais aqui expressados aplicam-se somente à amostra deste estudo. Considerando as devidas associações entre métodos contraceptivos.

5.2. Necessidade Atual para uma Cobertura Inicial das Mulheres em Idade Fértil

O estudo da demanda por métodos contraceptivos tem que considerar, necessariamente, o conhecimento das mulheres sobre os métodos, seus desejos em utilização, suas possibilidades clínicas e legais e, principalmente, a capacidade indutora das políticas públicas de promoção à saúde, permitindo que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis (Médici, 1995).

Considerando a linha de cuidado apresentada para o planejamento familiar nas comunidades estudadas (Figura 6), a seguir são apresentadas as estimativas de insumos e procedimentos (quantidades e valores) necessários para o desenvolvimento desse conjunto de ações da atenção básica. Para isso, a análise dos dados foi dividida em duas partes:

- (i) necessidade inicial para uma cobertura de 100% das mulheres em idade fértil (CUSTO INICIAL);
- (ii) necessidade permanente anual para manutenção da cobertura inicial de 100% (CUSTO DE MANUTENÇÃO).

Com a análise de (i) e (ii) pretende-se demonstrar, para cada um dos métodos anticoncepcionais, o custo anual por mulher das duas comunidades estudadas, bem como duas outras projeções possíveis de serem realizadas para populações com as mesmas características socioeconômicas e culturais. A primeira refere-se à análise para o conjunto de 9.100 mulheres em idade fértil das oito comunidades que integram o bairro de Manguinhos. A segunda refere-se ao conjunto de 307.048 mulheres em idade fértil que viviam nos 1.406 aglomerados subnormais que integravam o município do Rio de Janeiro (Brasil, 2000).

A forma de apresentação no mercado de cada um dos métodos encontra-se no Quadro 25.

Quadro 25 – Forma de apresentação dos métodos anticoncepcionais

Método	Forma de apresentação
Pílula - Etinilestradiol +Levonorgestrel	Calendário 21 comprimidos 0,05 mg+ 0,25mg Blister
Pílula – Noresthisterona	Comprimidos 0,35 mg (cartelas com 35)
Condom masculino	Látex
DIU	TCu 380A ou outro modelo
Injeção trimestral (acetato de medroxiprogesterona)	Solução injetável frasco-ampola com 1 ml com 150mg
Diafragma + geléia espermicida	Silicone
Implante hormonal	Microbastão de hormônio sintético
Laqueadura	Por via abdominal - laparoscópica, microlaparoscópica, laparotômica ou minilaparotômica (concomitante ou não à cesariana) ou via vaginal.

Fonte: Brasil (2002)

Para construção da necessidade são apresentadas 15 variáveis (listadas de “A” a “O”), e descritas no quadro a seguir.

Quadro 26 – Descrição das variáveis consideradas para compor as estimativas de necessidades atual de manutenção anual de métodos contraceptivos apresentadas no Quadro 27 e 28, Comunidades de Parque Oswaldo Cruz e de Mandela de Pedra, Rio de Janeiro, 2007

Coluna	Descrição	Comentários
A	Nome do medicamento / insumo	Descrito no Quadro 25
B	Número de consultas médicas	Quantidade necessária segundo as recomendações técnicas do Ministério da Saúde
C	Valor das consultas médicas	O valor unitário das ações do SUS considera os valores desses procedimentos em 2000, corrigidos pelo aumento percentual dos procedimentos de atenção especializada entre 2000 e 2007 – valores deflacionados pelo IPCA-IBGE, já que a partir de então, com o PAB, esses valores passaram a não existir.
D	Número de grupos de ações de educação em saúde	Os procedimentos que compõem esse grupo foram definidos na Portaria GM/MS 1.101/2002
E	Valor do SUS das ações de saúde	O valor unitário das ações do SUS considera os valores desses procedimentos em 2000, corrigidos pelo aumento percentual dos procedimentos de atenção especializada entre 2000 e 2007, já que a partir de então, com o PAB, esses valores passaram a não existir.
F	Número de usuárias do método	Estimativa obtida pelo trabalho de campo
G	Número de usuárias do SUS	Esse dado pode ser calibrado ou não de acordo com o número de mulheres que regularmente acessam o SUS ou então, como foi proposto, estipular 100% de usuárias como usuárias do SUS
H	Prevalência estimada por método	Estimativas obtidas pelo trabalho de campo (Figura 6), que correspondem ao total de mulheres que usam cada método dividido pelo total de mulheres em idade fértil
I	Número de usuárias de cada método pelo SUS (população alvo)	[Número de usuárias do método x Número de usuárias do SUS] ou [F x G]
J	Quantidade de medicamento / insumo por usuária para um ano	Estimativa obtida a partir do trabalho de campo (no caso do número de camisinhas e da necessidade preconizada pelo Ministério da Saúde nos outros casos)
K	Necessidade real	[População alvo x insumo por usuária] ou [I x J]
L	Necessidade real + estoque de segurança de 25%	[I x J] + 25% (estoque de segurança recomendado pelo Ministério da Saúde)
M	Custo unitário de medicamento / insumo / procedimento (R\$ 1,00)	Com exceção dos valores do DIU e do implante hormonal, todos os demais custos unitários foram extraídos do Banco de Preços do Ministério da Saúde (disponível em: http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio , acessado em 17 de janeiro de 2008). No caso dos procedimentos de vasectomia e laqueadura, foram considerados os valores médios pagos pelo SUS no ano de 2007, no município do Rio de Janeiro
N	Custo total (R\$ 1,00)	Somatório (CxI)+(ExF)+(LxM)
O	Custo por mulher / ano (R\$)	[N / I] (considerando simultaneidade de métodos)

A partir do Quadro 27, é possível obter o custo total para uma cobertura inicial das ações do Programa de Planejamento Familiar de R\$ 268.417,25 para as 2.188 mulheres, de 15 a 49 anos, das comunidades do POC e MP, ou seja, R\$ 22.368,10/mês, no primeiro ano. O custo anual estimado por mulher em idade fértil é de R\$ 122,68 (R\$ 268.417,25/2.188). Esse valor inclui o custo das consultas, das ações de educação em saúde e dos insumos com estoque de segurança de 25%.

Esse custo considera cobertura universal do SUS (coluna “G” do Quadro 27), de acordo com o desejo manifesto pelas mesmas e respeitando-se os critérios clínicos e legais estabelecidos pelo Governo Brasileiro. Entretanto, os custos de manutenção para os anos seguintes deveriam também ser acrescidos para garantir sustentabilidade da proposta. Considerar o desejo das mulheres para a metodologia de cálculo é efetivamente proporcionar uma mudança no perfil de utilização de métodos atuais; adotar o perfil de utilização atual é manter as necessidades não satisfeitas dessas populações e, provavelmente, mantendo os indicadores de resultados apresentados.

Este estudo apresentará as estimativas para as necessidades de manutenção anual, a partir do trabalho de campo realizado, que poderá constituir uma linha de base para futuras pesquisas.

Quadro 27 - Planilha de estimativa da necessidade atual (cobertura inicial de 100%) de métodos anticoncepcionais para a população feminina, comunidades de Mandela de Pedra e do Parque Oswaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25%, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [C x I]+ [E x F] + [L x M], (O) Custo por mulher / ano (R\$)														
A	B	C (R\$)	D	E (R\$)	F	G (%)	(***) H (%)	I	J	K	L	M (R\$)	N (R\$)	O (R\$)
Pílula					283	100,0%	12,9%	283		3.651	4.564	-	10.998,70	38,86
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	255	100,0%	11,6%	255	13	3.315	4.144	0,89	8.771,08	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	28	100,0%	1,3%	28	12	336	420	3,98	2.227,62	79,56
Condom masculino	(*) 1	0,98	1	0,43	1.314	100,0%	60,1%	1.314	216	283.824	354.780	0,18	65.355,73	49,74
DIU	2	13,00	1	0,43	201	100,0%	9,2%	201	0,1	20	25	30,00	3.450,03	17,16
Injeção trimestral	3	19,50	1	0,43	30	100,0%	1,4%	30	4	120	150	7,34	1.698,92	56,63
Diafragma + geléia espermicida	2	13,00	1	0,43	11	100,0%	0,5%	11	0,5	6	7	36,72	404,80	36,80
Implante hormonal	1	6,50	1	0,43	11	100,0%	0,5%	11	0,33	4	5	300,00	1.576,26	143,30
Métodos naturais	1 (*)	0,98	1	0,43	28	100,0%	1,3%	28	0	0	0	0,00	39,42	1,41
Vasectomia (**)	1	6,50	3	1,30	14	100,0%	0,6%	14	1	14	14	225,34	3.264,01	18,65
Laqueadura (**)	3	19,50	3	1,30	302	100,0%	13,8%	302	1	302	302	580,51	181.595,32	48,10
Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/1.418)													268.417,25	189,29
Custo para mulheres em idade fértil (N/2.188)														122,68

Fonte: Elaboração adaptada a partir de Brasil (2002). Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 80p.

Nota 1: Os custos unitários foram extraídos a partir das médias observadas no Banco de Preços em Saúde, disponível em: <http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>, acessado em 17 de janeiro de 2008. (detalhes, em no Anexo 8).

Nota 2: No caso do DIU, o custo unitário foi estimado a partir de um pregão eletrônico da Secretaria Municipal de Administração de Florianópolis, que o adquiriu a um custo unitário de R\$30,00 (em uma compra de 400 unidades, isto é, semelhante a necessidade estimada no Quadro), para maiores detalhes ver o link "Relatório Final", em <http://wbc.pmf.sc.gov.br/WBCc066.asp?OC=974&tipo=>

(*) Uma consulta para mulheres de 15 a 19 anos.

(**) Com indicação clínica e de acordo com a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Neste caso, não tem sentido estimar o estoque de segurança de 25%. Além disso, o custo médio por mulher/ano foi dividido por 12,5 anos, que corresponde ao tempo médio de atuação do método (diferença entre 49 anos e 25 anos / 2).

(***) Os percentuais não somam 100,0% devido ao fato de que, entre as mulheres que não desejam mais filhos no momento da entrevista, muitas delas utilizam ou desejariam utilizar mais de um método associado.

5.3. Necessidade Permanente para cobertura universal das Mulheres em Idade Fértil

Uma lógica muito semelhante àquela utilizada para a estimativa do custo inicial foi considerada para as estimativas do custo de manutenção. As especificidades ficaram por conta das estimativas de usuárias do método (coluna F) e, em consequência, da prevalência estimada (coluna H). Com isso a população alvo (coluna I), a necessidade real (coluna K) e a necessidade real com estoque de segurança de 25% (coluna L) também se alteram, além dos custos totais por ano (coluna N) e do custo por mulher ano (coluna O).

A partir do Quadro 28, calcula-se o custo total para a manutenção anual da cobertura proposta. Esse custo totaliza R\$ 100.294,56/ano, ou seja, R\$ 8.357,88 /mês. O custo anual por mulheres em idade fértil é de R\$ 45,84 (N/2.188), considerando que nesse cálculo há mulheres que utilizam mais de um método, combinado o uso com condom.

Todos os cálculos de valores de insumos contemplaram insumos adicionais de 25% para compor estoque estratégico previsto nas recomendações oficiais do Ministério da Saúde e adicionalmente previsto na Lei 8666, Lei de Licitações nacionais.

Somando o número de mulheres laqueadas e aquelas que desejam realizar o procedimento, tem-se um percentual desejado de mulheres laqueadas, de 30,2%, valor próximo a um estudo semelhante em Maringá /PR, 32%. A média do Rio de Janeiro, em 1996, foi de 46,3% e o percentual do Brasil de 40,1% (Bemfam, 1997).

Quadro 28 - Planilha de estimativa da necessidade anual para manutenção dos métodos anticoncepcionais para a população feminina, comunidades de Mandela de Pedra e do Parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de ações de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25%, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [CxI] + [ExF] + [LxM], (O) Custo por mulher / ano (R\$)														
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
		R\$		R\$		%	*** %					R\$	R\$	R\$
Pílula					283	100,0%	12,9%	283		3.651	4.564	-	10.998,70	38,86
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	255	100,0%	11,6%	255	13	3.315	4.144	0,89	8.771,08	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	28	100,0%	1,3%	28	12	336	420	3,98	2.227,62	79,56
Condom masculino	1 (*)	0,98	1	0,43	1.314	100,0%	60,1%	1.314	216	283.824	354.780	0,18	65.355,73	49,74
DIU	2	13,00	1	0,43	20	100,0%	0,9%	20	0,1	4	5	30,00	687,32	17,18
Injeção trimestral	3	19,50	1	0,43	30	100,0%	1,4%	30	4	120	150	7,34	1.698,92	56,63
Diafragma + geléia espermicida	2	13,00	1	0,43	11	100,0%	0,5%	11	0,5	6	7	36,72	404,80	36,80
Implante hormonal	1	6,50	1	0,43	11	100,0%	0,5%	11	0,33	4	5	300,00	1.576,26	143,30
Métodos naturais	1 (*)	0,98	1	0,43	28	100,0%	1,3%	28	0	0	0	0,00	39,42	1,41
Subtotal - nível primário								1.697					80.795,21	46,76
Vasectomia (**)	1	6,50	3	1,30	14	100,0%	0,6%	14	1	14	14	225,34	3.264,01	18,65
Laqueadura (**)	3	19,50	3	1,30	27	100,0%	1,2%	27	1	27	27	580,51	16.235,34	48,10
Subtotal - nível terciário								41					19.499,35	38,05
Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/1.418)													100.294,56	89,87
Custo para mulheres em idade fértil (N/2.188)														45,84

Fonte: Elaboração adaptada a partir de Brasil (2002). Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 80p.

Nota 1: Os custos unitários foram extraídos a partir das médias observadas no Banco de Preços em Saúde, disponível em: <http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>, acessado em 17 de janeiro de 2008.

Nota 2: No caso do DIU, o custo unitário foi estimado a partir de um pregão eletrônico da Secretaria Municipal de Administração de Florianópolis, que o adquiriu a um custo unitário de R\$30,00 (em um compra de 400 unidades, isto é, semelhante a necessidade estimada no Quadro), para maiores detalhes ver o link "Relatório Final", em <http://wbc.pmf.sc.gov.br/WBCc066.asp?OC=974&tipo=>

(*) Uma consulta para mulheres de 15 a 19 anos. (**) Com indicação clínica e de acordo com a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Neste caso, não tem sentido estimar o estoque de segurança de 25%. Além disso, o custo médio por mulher/ano foi dividido por 12,5 anos, que corresponde ao tempo médio de atuação do método (diferença entre 49 anos e 25 anos / 2). (***) Os percentuais não somam 100,0% devido ao fato de que, entre as mulheres que não desejam mais filhos no momento da entrevista, muitas delas utilizam ou desejariam utilizar mais de um método associado.

5.4. Projeção das Necessidades Iniciais e Permanentes para todas as Comunidades do Bairro de Manguinhos

As Tabelas 36 e 37 apresentam as estimativas de desejo de utilização e os custos encontrados para as duas comunidades estudadas (custo inicial e custo de manutenção anual), bem como as estimativas para duas outras unidades de análise: áreas cobertas pelo PSF de Manguinhos e áreas de aglomerados subnormais do município do Rio de Janeiro, considerando, como base para o cálculo, a distribuição de desejo ou utilização de cada método.

Tabela 36 - Distribuição do desejo de utilização métodos contraceptivos para as mulheres em idade fértil- Parque Oswaldo Cruz / Mandela de Pedra, Manguinhos, Aglomerado subnormal no Rio de Janeiro, 2007

Métodos utilizados	Parque Oswaldo Cruz e Mandela de Pedra		Manguinhos	Município do Rio de Janeiro áreas especiais (*)
	N1=2.188	(%)	N2=9.100	N3=380.345
Pílula	283	12,9	1.177	49.195
Camisinha	1.314	60,1	5.465	228.416
DIU	201	0,9	836	34.940
Injeção	30	1,4	125	5.215
Naturais	28	1,3	116	4.867
Diafragma	7	0,5	29	1.912
Implante hormonal	7	0,5	29	1.912
Vasectomia do parceiro	14	0,6	58	2.434
Laqueadura	302	1,2	1.256	52.497

Fonte: Elaboração própria.

(*) Áreas de aglomerados subnormais definidas pelo Censo Demográfico do IBGE (2000) projetadas a uma taxa média geométrica de crescimento anual de 2,072%, por um período de 7 anos.

Somados, os custos anuais de manutenção para todos os métodos envolvendo ações de atenção básica e hospitalar para as áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro, atingem R\$ 416.303,74, ou seja, R\$ 45,76 por mulher em idade fértil (R\$ 3,81/mês).

Para os aglomerados subnormais do município do Rio de Janeiro, o total de recursos para manutenção anual atinge R\$ 17.405.860,35, ou seja, **os mesmos** R\$ 45,76 por mulher em idade fértil (R\$ 3,81/mês).

Tabela 37 - Custos anuais para o início e manutenção dos métodos utilizados pelas mulheres, Áreas Geográficas Seleccionadas, 2007 (R\$ 1,00)

Métodos utilizados	Mandela e POC		Áreas cobertas pelo PSF de Manguinhos		Município do Rio de Janeiro áreas especiais (*)	
	Custo Inicial	Custo de manutenção anual	Custo Inicial	Custo de manutenção anual	Custo inicial	Custo de manutenção anual
Pílula	10.998,70	10.998,70	45.812,90	45.812,90	1.914.320,52	1.914.320,52
Camisinha	65.355,73	65.355,73	271.818,17	271.818,17	11.360.955,01	11.360.955,01
DIU	3.450,03	687,32	14.379,99	2.859,88	600.389,02	119.469,65
Injeção	1.698,92	1.698,92	7.078,81	7.078,81	295.328,06	295.328,06
Diafragma (*)	404,80	404,80	1.682,80	1.682,80	69.564,30	69.564,30
Implante hormonal (*)	1.576,26	1.576,26	6.018,92	6.018,92	249.955,90	249.955,90
Naturais	39,42	39,42	163,33	163,33	6.852,74	6.852,74
Vasectomia do parceiro	3.264,01	3.264,01	13.522,32	13.522,32	567.471,03	567.471,03
Laqueadura	181.595,32	16.235,34	755.244,10	67.346,61	31.566.918,57	2.821.943,14
Total	268.417,25	100.294,56	1.115.721,34	416.303,74	46.631.755,15	17.405.860,35

Fonte: Elaboração própria.

(*) Áreas de aglomerados subnormais definidas pelo Censo Demográfico do IBGE (2000).

Caso se deseje encontrar as estimativas para os aglomerados subnormais típicos para o Brasil, bastaria multiplicar o valor anual necessário para manutenção por mulher (R\$ 45,76) pelo número de mulheres em idade fértil dessas localidades, projetado para o ano de 2007. Estima-se que esse total de mulheres seja de 2.357.893, conforme detalhamento apresentado no Anexo 9.

5.5. Gastos Governamentais Atribuíveis à Falta de Programas de Planejamento Familiar

Para efeito demonstrativo, calcularam-se os prováveis valores gastos com abortos provocados (coluna “A”) e filhos indesejados (“coluna B”), considerando as afirmativas obtidas das mulheres no inquérito no POC e em Mandela de Pedra. Obviamente que o maior ônus da falta de acesso aos métodos contraceptivos não pode ser mensurado, pois são conseqüências psíquicas e sociais.

Para isso, foram utilizados os valores da Tabela SUS de procedimentos específicos. Como a coleta dos eventos foi cumulativa, não especificando o período de ocorrência, para o cálculo do custo/ano foi considerado o custo médio do período reprodutivo (coluna “C”).

Considerando-se somente os custos médios anuais diretos de pré-natal, aborto provocado e parto de filhos indesejados por ano, teria-se R\$ 43.248,44, o que poderia financiar 42,2% de todo o custo de manutenção de um programa adequado de planejamento (R\$ 102.428,74) (insumos e procedimentos). Tomando-se como referência apenas os custos hospitalares de abortamentos provocados e gestações indesejadas, anualmente no POC e em MP, encontrou-se o valor gasto de R\$ 31.815,04, sendo esse superior ao necessário para a manutenção de todos os custos hospitalares do programa (R\$ 20.400,73).

**Tabela 38 - Estimativas de valores gastos pelo Sistema Único de Saúde para abortos provocados e filhos não desejados - Comunidades de Mandela de Pedra e Parque Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro – 2007**

Características	(A) Abortos provocados (N1 = 419)	(B) Filhos não desejados (N2 = 871)	(C) Custo médio para o período reprodutivo
Pré-natal (a + b)	28.615,61	114.301,33	11.433,36
<i>Valor total das consultas (a)</i>	10.684,50	44.421,00	4.408,44
<i>Valor total dos exames (b)</i>	17.931,11	69.880,33	7.024,92
VDRL	1.185,77	4.929,86	489,25
Hemograma (série vermelha)	1.143,87	4.755,66	471,96
Grupo ABO-determinação	574,03	2.386,54	236,85
Fator Rh	574,03	2.386,54	236,85
Anti HIV	4.190,00	17.420,00	1.728,80
EAS	1.550,31	6.445,45	639,66
Parasitológico de fezes	691,35	2.874,30	285,25
Glicemia de jejum	775,15	1.742,00	201,37
Ultrassonografia obstétrica	6.060,83	25.197,99	2.500,71
TIG	1.185,77	1.742,00	234,22
<i>Internações no SUS (c)</i>	68.407,07	329.281,55	31.815,04
TOTAL (a+b+c)	97.022,67	443.582,88	43.248,44

Fonte: Elaboração própria, a partir dos valores médios dos procedimentos das tabelas do SIA e SIH-SUS para 2007.

Obs: O cálculo de custo de abortos provocados e filhos indesejados foram realizados apenas para efeitos demonstrativos, pois o maior ônus da falta de acesso aos métodos contraceptivos não pode ser mensurado, pois são conseqüências psíquicas e sociais e envolvem a subjetividade.

(a) Foram consideradas seis consultas de pré-natal para os casos de filhos não desejados e três para os abortos provocados, valor consulta = R\$ 8,50.

Médici, (1995) afirma que complicações associadas à reprodução humana, como se pôde ver neste estudo, têm drenado parcelas relevantes de recursos do sistema público de saúde.

Segundo Castro *et al* (2005), existe no Brasil, uma demanda induzida pela oferta no uso de serviços hospitalares no Brasil, podendo estar associada diretamente à maior remuneração de certos procedimentos hospitalares. Essas autoras recomendam que investigações mais aprofundadas devam ser feitas nessa área, de forma a subsidiar intervenções, visando maior adequação do sistema às necessidades da população.

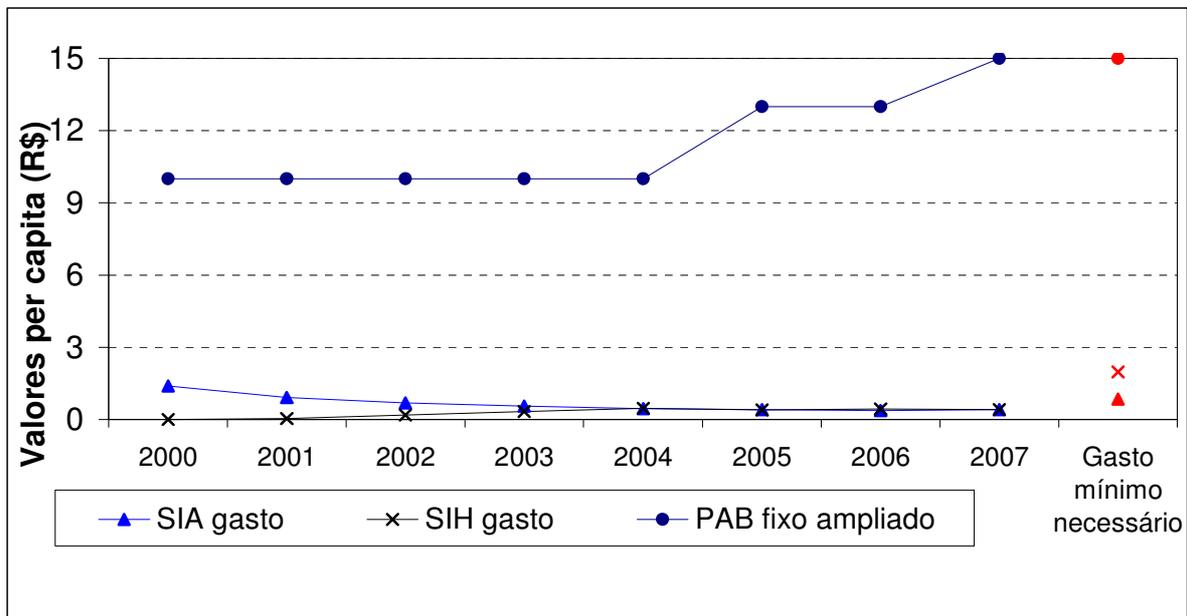
5.6. O Valor Gasto Per Capita para as Ações de Planejamento Familiar

Para efeitos de demonstração, realizamos a coleta da soma dos gastos realizados com os procedimentos de planejamento dentro do subgrupo do SIA-SUS, para a cidade do Rio de Janeiro, como apresentado nos resultados. O valor *per capita* observado para as atividades de planejamento familiar incorporadas ao SUS, a partir dos procedimentos mensurados pelo SIH e SIA foi deflacionado pelo IPCA, para o ano de 2007, sendo de R\$ 0,83 por mulheres em idade fértil - o que corresponde à soma dos R\$ 0,41 da parte hospitalar, com R\$ 0,42 da parte ambulatorial. O valor **necessário de acordo com a linha de cuidado apresentada**, considerando as estimativas para os aglomerados subnormais do município do Rio de Janeiro e os itens de procedimentos e ações de saúde deveria ser de R\$ 2,82.

Em termos práticos, o que isto significa? Que dos valores transferidos, em 2007, pelo PAB fixo ampliado (R\$15,00 por habitante/ano/município), cerca de 18% deveriam ser gastos apenas com as ações de planejamento familiar do nível ambulatorial entre as mulheres de 15 a 49 anos (sem levar em consideração a aquisição dos insumos). Costa e Pinto (2002) demonstraram a grande importância do PAB fixo para a descentralização e oferta de ações e serviços de atenção básica, especialmente para os municípios de pequeno porte, embora nas cidades de maior porte, esse incremento por vezes tenha sido residual. Contrapondo o aumento do repasses da União fundo a fundo realizado pelo PAB o município do Rio de Janeiro apresentou uma tendência de redução dos gastos com os procedimentos relativos ao planejamento familiar no período de 2000 a 2007 (SIA-SUS; 2007).

Fortalecer a pactuação de responsabilidades nas ações de planejamento familiar e atenção básica pode resultar em uma melhor interação entre os gestores federal, estadual e dos municípios, na compreensão da saúde como parte de um projeto civilizatório (Temporão, 2007).

Gráfico 11 - Distribuição dos valores *per capita* dos procedimentos associados ao planejamento familiar e gasto mínimo necessário, Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2007



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da Secretaria de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro, (SIA-SUS e SIH-SUS). Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/bancodad.shtml> acessado em janeiro de 2008.
 Nota: Desconsiderando o financiamento para aquisição dos insumos de atenção básica.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

“Esse conjunto de propostas implica evidentemente em grandes desafios. Implica em buscar soluções para que o filme que imaginamos no início possa ser revisto/reconstruído como produto da luta política/do saber/da vontade e da união em torno do fortalecimento do SUS e da RSB.”. (Temporão, 2007, p. 13).

Ao considerar-se, como traçador para avaliar a qualidade da atenção básica, as ações de planejamento familiar, foi delineado um trabalho de campo, com amostra aleatória e seus resultados analisados conjuntamente com dados secundários dos principais Subsistemas Nacionais de Informação.

Avaliando as ações de um programa de saúde fortemente ligado à atenção básica, evidenciou-se uma baixa cobertura de todos os procedimentos de planejamento familiar, com redução gradual do investimento no município do Rio de Janeiro. Seus indicadores de resultados e de utilização demonstram a baixa efetividade do Planejamento Familiar, e a marcante diferença de acesso em relação à renda, nos aglomerados subnormais estudados.

O PAISM, uma das políticas públicas mais antigas e estruturadas, conceitualmente mostra-se distante da realidade das duas comunidades estudadas e da rede de atenção básica. Com os dados apresentados, fica evidente que a capacidade de realizar uma laqueadura ou acesso a uma variedade de métodos não depende da permissão legal, mas da condição econômica; ratificando a dicotomia entre liberdade de direito (política e jurídica) e liberdade de fato (econômica), sublinha a privação de direitos dos pobres e socialmente fracos.

A análise do perfil de desejo e de utilização dos métodos apresenta a questão do planejamento familiar nas comunidades estudadas fortemente ligada ao acesso aos métodos, superando o ideário de falta de informação sobre a sua saúde reprodutiva.

As estimativas de oferta necessária de procedimentos, ações e insumos de planejamento familiar para mulheres em idade fértil, nas duas comunidades estudadas, demonstraram a factibilidade do financiamento para a execução das ações de planejamento familiar frente ao que o próprio sistema dispense com curetagem pós-aborto e gestações indesejadas.

Os números obtidos permitem considerar baixa cobertura das ações de planejamento familiar no município do Rio de Janeiro, o que pode sugerir uma baixa cobertura das ações de atenção básica como um todo. Garantir um acesso universal, longitudinal, territorializado, com responsabilização clara de todas as esferas de governo, é condição para o funcionamento de qualquer programa de saúde ligado à prevenção primária.

Considerando a linha de cuidado das ações de planejamento familiar, o custo para uma cobertura inicial anual das necessidades reais das mulheres em idade fértil, somados à necessidade de

manutenção por um ano é, em média para valores de 2007, da ordem de R\$ 170,64/mulher em idade fértil, e de R\$ 280,82/mulher em idade fértil, sexualmente ativa que não deseja mais filhos. Desse total, cerca de 45% dos custos referem-se a ações de atenção primária e 55% a atenção hospitalar.

Desde 2000, passando pela intervenção de 2005, até os dias de hoje, a gestão municipal do Rio de Janeiro tem mostrado pouco resultado no incremento das ações de atenção básica, fortalecendo dessa forma, como citava Arouca, a “inampização” do SUS, com o sistema fortemente centrado nos hospitais e a ausência de uma atenção básica resolutive. Mudar o modelo de atenção é o desafio que a PNAB (2006) coloca às esferas de gestão dos municípios brasileiros, particularmente no caso deste estudo, ao município do Rio de Janeiro.

Essas conclusões permitem recomendar:

Dar corpo à Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, mudando o perfil de oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, oferecendo todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Para a efetivação das políticas de planejamento familiar e garantia de direito, que, em estudos nacionais, principalmente àqueles financiados pelo Setor Saúde (como a PNDS), incluam e disponibilizem informações sobre as demandas por assistência, assim como as suas causas de variações.

Considerar o desejo de utilização das mulheres e a responsabilidade pela indução de utilização de métodos reversíveis e com menores efeitos colaterais, no cálculo de estimativas de aquisição de métodos contraceptivos, o que ainda é feito com os dados de utilização da Bemfam de 1996, fortalecendo a manutenção do perfil de utilização atual.

Fortalecer estratégias de compra de insumos, considerando a provisão de longo e médio prazos, de modo a ampliar o acesso aos métodos, como direito, observando o desenvolvimento do complexo industrial nacional, reduzindo a vulnerabilidade da política social brasileira. Considerar, na revisão da RENAME, a inclusão de métodos modernos com menores doses hormonais, observando fatores de adesão, como aceitação, motivação e continuidade, e estudos de eficiência que considerem o perfil da população brasileira. É imperativo que se dê concretude às ações propostas no PAC Saúde (Anexo 10) invertendo os gastos com abortos provocados e gestações indesejadas para ações de prevenção no município do Rio de Janeiro.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abeche AM. A gestante adolescente e seu parceiro: características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 7 (25): p. 535-535.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 167, 10/jan/2008. Diário Oficial da União 2007.

Alfonso Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. *Rev Cubana Salud Pública* mar 2006; 1(32): 1-19.

Almeida CM. Reform of the state and reform of health systems: international experiences and trends for changes. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 2 (4): 331-339.

Almeida Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, and J. Norberto W. Dachs Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971–2000) and Descriptive Content Analysis (1971–1995). *Am J Public Health* dec 2003; 93: 2037 - 2043.

Almeida CM *et al.* Projeto: desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório Final. Rio de Janeiro; 2003. <http://www.proadess.cict.fiocruz.br> (acessado em 23/jul/2006).

Alvarez SE. Engendering democracy in Brazil: women's movement in transition politics. New Jersey: Princeton University Press; 1990.

Alves J. As Políticas populacionais e os direitos reprodutivos: "o choque de civilizações" versus progressos civilizatórios. In: Caetano AJ, Diniz JE, Corrêa S, organizadores. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP, Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA; 2004.

Antrobus ACK. Temas contemporáneos en la atención de la salud materno-infantil. *Bol Oficina Sanit Panam* 1986;100 (4): 387-399.

Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19 (2 Sup): S377-S388.

Araújo FM. Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família no município de Campina Grande-PB. [Dissertação de Especialização em Saúde da Família]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2004.

Arihla M. Contracepção, empowerment e entitlement: um cruzamento necessário na vida das mulheres, FHI - Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil. In: Reproductive Health Publications; 1994.

Bahamondes Luis. Contraceptive method choice. Rev. Bras. Ginecol. Obstet 2006 May; 28(5): 267-270.

Bailey PE, Llano SL, Kushner L, Welsh M, Janowitz B. Estudio hospitalario del aborto ilegal en Bolivia. Bol Oficina Sanit Panam 1988; 104 (2):144-159.

Barbosa HHMM, Souza ALO, Brito FN, Souza KLC, Leão RFC, Medeiros RM. Estudo das principais causas que levam à gravidez na adolescência. Revista Paraense de Medicina 2006; 20 (3): 80-80.

Berquó E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

Berquó E, Cavenaghi S. Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: ABEP; 2004.

Berr. Improving outcomes from health and safety: a call for evidence. Department for Business, Enterprise and Regulatory Reform: nov 2007. <http://bre.berr.gov.uk/regulation/> (acessado em 05/02/2008).

Boyaciyan, Krikor *et al.* Maternal mortality in São Paulo City from 1993 to 1995. Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 1998; 20 (1): 13-18.

Brasil. Ministério da Saúde. Política de saúde materno-infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984. Série B: Textos Básicos de Saúde (6).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Parâmetros para programação das ações básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Consulta pública n.º 01, de 8 de dezembro de 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional da assistência à saúde (NOAS-SUS 01/2001). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Síntese das diretrizes para a política de atenção integral à saúde da mulher – 2004 a 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação do programa de saúde da mulher – 2000 a 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. <http://www.brasil.gov.br>. (acessado em 28/01/2008).

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção Básica. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Parâmetros técnicos para a programação de ações de detecção precoce do câncer de mama, recomendações para gestores estaduais e municipais, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Atenção Básica. www.datasus.gov.br (acessado em 15/10/2006).

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://www.cnes.datasus.gov.br> (acessado em 06/12/2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais. www.datasus.gov.br (acessado em 06/12/2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares. www.datasus.gov.br (acessado em 06/12/2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME, 5ª. ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas e não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde, Mais Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Calnan M, Montaner D, Horne R. How acceptable are innovative health-care technologies? A survey of public beliefs and attitudes in England and Wales. *Social Sci Med* 2005; 60: 1937-8.

Calnan M, Hutten J, Hrvoje T. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. In: Saltman RB, Rico A, Wienke B. Primary care in the driver's seat. Organizational reform in european primary care, chapter five. The European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.

Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9: 190-200.

Campos FE. Resolutividade: uma aproximação da avaliação qualitativa de serviços de saúde. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Departamento de Planejamento, Fundação Oswaldo Cruz; 1988.

Canesqui AM. A saúde da mulher em debate. *Revista Saúde em Debate* 1984; 15 (16): 29-36.

Carvalho LEC, Cecatti JG, Osis MJD, Souza MH. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. *Revista Associação Médica Brasileira* 2006; 52 (5): 293-7.

Carvalho MLO, Maciel AA, Cestari MEW, Duarte CC. Gestações não planejadas e contracepção: estudo sobre pacientes internadas por abortamento em um hospital universitário. In: Simpósio Internacional Fazendo Gênero 7; Aborto: Conquistas e desafios. ST 11. Florianópolis: Universidade Estadual de Santa Catarina; 2006. http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/D/Duarte-Cestari-Carvalho-Maciel_11.pdf. (acessado em 09/02/2007).

Castro, MS, Travassos, C. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *São Paulo: Revista de Saúde Pública* 2005; 39 (2):277-284.

César CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad. Saúde Pública* 1996; 12 (2 supl): S59-S70.

Codes JS, Cohen DA, Melo NA, Teixeira GG, Leal AS, Silva TJ, Oliveira MPR. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (2): 325-334.

Conill EM. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 98.

Cordovil HF. O problema da violência e seus reflexos sobre a segurança continental. [Trabalho de Investigação]. Washington, Colégio Interamericano de Defesa; 1996.

Corrêa S. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 1993; 10: 3-11.

Costa AM. O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

Costa AM, Aquino E. Relatório de Oficina de Trabalho: “Políticas de Saúde, equidade e gênero: atualizando a agenda”. Águas de Lindóia (SP), 1997.

Costa COM, Lima IC, Junior DFM, Santos CAST, Araújo FPO, Assis DR. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (3): 719-727.

Costa JF. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28 (7): 388-96.

Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7 (4): 907-923.

Costa RG, Hardy E, Osis MJD, Faúndes A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad Saúde Pública* 1995; 11 (1): 97-105.

Costa SH, Martins IR, Pinto CS *et al*. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 1989; 5 (2): 187-206.

Cunha ACR. Reflexão bioética na laqueadura tubária em mulheres com desejo de nova gestação. [Tese de Doutorado em Ciências da Saúde]. Brasília: Universidade de Brasília; 2005.

Dever GEA. A epidemiologia da utilização dos serviços de saúde. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira; 1988: p. 01-24.

Dias da Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Olinto MTA, Macedo S, Britto MAP, Fuchs SC. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (1): 93-99.

Díaz M, Faúndes A, Marchi N, Arce XE, Díaz J. Comparación del desempeño del DIU TCU 200B insertados por médicos o enfermeras. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 1992; 9 (5): 53-8.

Espejo X, Tsunehirob MA, Osis MJD, Duarte GA, Bahamondese L, Souza MH. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2003; 37 (5): 583-90.

Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF). *Morte e negação: abortamento inseguro e pobreza*. Londres, 2006.

Figueiredo R. *Contraceção de emergência no Brasil, necessidade, acesso e política no Brasil*. Rio de Janeiro: IPAS; 2006. http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Regina_CE2004.doc (acessado em 05/fev/2007).

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Reformas del sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: tendencias e interrelaciones – una revisión: equipo de apoyo técnico de América Latina y el Caribe*. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2005. <http://venezuela.unfpa.org/doumentos/RSSR.pdf> (acessado em 10/fev/2007).

Fonseca W, Misago C, Correia LL *et al*. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1996; 30 (1): 13-18.

Frejka, T. *Induced abortion and fertility*. *International Family Planning Perspectives II*; 1985.

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (Sup):103-112.

Giovanella L *et al*. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate* 2002; 26 (60): 37-61.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (5): 951-963.

Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of Public Health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 10-18.

Hardy E, Rebello I, Rodrigues T, Moraes TM. Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação. *Ver Ginecol Obstet* 1991; 2 (3): 111-6.

Hardy E; Rebello I; Faundes A. Abortion among female students and employees of a brazilian university. *Rev. Saúde Pública* 1993; 27 (2): 113-6.

Hartung GC. *Fatores demográficos como determinantes da criminalidade*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Pós-Graduação em Economia da Fundação Getúlio Vargas; 2007.

Hartz Z, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30 (4): 310-318.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Microdados do Censo Demográfico de 2000. Rio de Janeiro. Resultados do universo. Base de informações por setor censitário. CD-ROM. Rio de Janeiro: Departamento de População e Indicadores Sociais; 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados do Censo Demográfico de 2000. Agregado por Setores Censitários dos Resultados do Universo. Documentação do Arquivo. 2. ed. Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Disseminação de Informações; 2003. CD-ROM.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População total: Brasil em 2000. <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>. (acessado em 15/06/2007).

Jacobi P. Movimentos sociais e políticas públicas - demandas por saneamento básico e saúde 1974-1984. São Paulo: Cortez, 1989.

Kessner DM, Kalk CE, Singer JA. Assessing health quality- the case for tracers. *The New England Journal of Medicine* 1973; 288 (4): 189-194.

Kessner DM, Kalk CE, Singer JA. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In OPAS (White KL ed). Reproducción del artículo original de 1973. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPAS/OMS; 1992: 555-563 (Série Publicacion Científica n° 534).

Kettl DF. *The Global Public Management Revolution*. Washington: Donald F. Kettl Brookings Institution Press; 2005.

Kohler HP, Billari FC, Ortega JA. The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review* 2002; 28 (4): 641-680.

Krauss SL. Planejamento familiar: objetivos e perspectivas de sua implantação oficial no Brasil. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1981.

Lacerda MA, Ribeiro PM, Caetano AJ, Machado CJ. Mensuração e perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife – 2002. *Rev Bras Est Pop* 2005; 22 (1): 113-129.

Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976.

Levitt SD, Dubner SJ. Freakonomics: The Hiddenside of Everything. New York: HarperCollins Publishers; 2005.

Lima BGC. Abortion-related mortality in Brazil: decrease and spatial inequality. Rev Panam Salud Publica 2000; 7 (3): 168-172.

Lopes RM, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Testing a methodology to evaluate organization, access, and technical quality of care for childhood diarrhea. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (2 suppl): S283-S297.

Lozana JÁ, Iguchi T. Amostragem aleatória estratificada e sistemática. [mimeo]. Rio de Janeiro: Serviço de Bioestatística, DEMQS, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Maia MB, Chacham AS. Grupos de planejamento familiar dos Centros de Saúde do município de Belo Horizonte: proposta de avaliação da qualidade do serviço ofertado na Rede. Ouro Preto; 2002.

Marques RM, Mendes Á. Brazilian Ministry of Health policy providing incentives for basic health care: a threat to the autonomy of Municipal administrators and the principle of integrality? Cad. Saúde Pública 2002; 18 (supl): S163-S171.

Martins IR *et al.* Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. Cad. Saúde Pública 1991; 7 (2): 251-266.

Médici AC, Beltrão KI. Financiamento dos programas de planejamento familiar no Brasil: Estratégias econômicas de sustentação, São Paulo/FUNDAP; 1995.

Meira AR, Ferraz FRC. Liberação do aborto: opinião de estudantes de Medicina e de Direito, São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública 1989; 23 (6): 465-472.

Méndez JE, O'donnell G, Pinheiro OS. Democracia violência e injustiça, o não estado de direito na América Latina. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2000.

Molina RC, Pereda CF, Cumsille F, Miranda E, Molina T, Oliva LM. Prevención del embarazo en mujeres con alto riesgo de aborto. Resultados de un proyecto de intervención en la comunidad. Programa Especial de Investigación. WHO/HRP. 85862. Cuad Méd Soc (Chile) 2005; 45: 300-320.

Mora L. Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos reproductivos. In: Conference on International Migration and Human Rights in the Americas. Santiago de Chile; 2003.

Moreira J. Perfil das usuárias do sistema intra-uterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) e aceitabilidade do método em Florianópolis (SC). Florianópolis: UFSC; 2004: 66.

Morin E. Política de civilização e problema mundial. In: Da necessidade de um pensamento complexo, Para navegar no século XXI – Tecnologias do Imaginário e Cibercultura. Tradução de Juremir Machado da Silva, 1999.

Moura ERF, Silva RM. Information and family planning as measures of health promotion. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9 (4): 1023-1032.

Moura ERF, Silva RM. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. *Acta Paulista de Enferm* 2006; 19 (2): 150-56.

Núcleo de Estudos das Políticas Públicas (NEEP). Relatório sobre a situação social do país. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1986.

Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33 (1): 64-72.

Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Risk factors and predictors of induced abortion: a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22 (2): 365-367.

OMS. Health Education of Population Dynamics. Report by the Director-General. 20. Assembléia Mundial de Saúde. WHA OFF. Rec. N 160 parte I Anexo 16. Genebra, maio de 1967.

Osis MJD. Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 1994.

Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G, Balarezo G. Opinião das mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer abortos. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 (3): 320-330.

Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Difficulties encountered in gathering information on illegal abortion of women population. *Rev Saúde Pública* 1996; 30 (5): 444-51.

Osis MJD. Paism: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14 (1 supl): S25-S32.

Osis MJD, Duarte GA, Crespo ER *et al.* Choice of contraceptive methods by women attending a public health clinic. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(6): 1586-1594.

Pacheco VLA. O desempenho das ações de contracepção no município do Rio de Janeiro: avanços e limites no modelo de assistência. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário. Brasília: Projeto Gerus; 1995.

Petersdorf RG. Issues in primary care: the academic perspective. *J Med Educ* 1975; 50 (12 pt 2): 5-13.

Pinotti JA, Zeferino LC, Faúndes A. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. In: Tratado de Ginecologia (H. Halbe, org.). São Paulo: Rocca; 1987.

Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9 (1): 85-98.

Pinto LF. Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Pollitt E. The relationship between Undernutrition and Behavioral Development in Children. Califórnia: Suplemento do *Jornal de Nutrição* 1995; 125 (88): 88-92.

Ramos R, Gomes E, Almeida B. O planejamento familiar e o mercado de anticoncepcionais no Brasil. *Revista de Administração de Empresas FGV* 1975; 15 (4): 7-21.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LF, Barros SP. Perception of prenatal care among clients of the Brazilian National Health System (SUS): a comparative study. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2): 534-545.

Ribeiro JM, Venâncio SV, Pinto LF; Neves AL, Soranz DR. Avaliação da atenção básica no estado do Rio de Janeiro no período de 1997 a 2002. Relatório Final. Pesquisa PAPES III. Vice-Presidência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico. Rio de Janeiro: DCS/ENSP/Fiocruz; 2005.

Rigol RO. Introducción de los dispositivos intrauterinos anticonceptivos en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32 (1): p.0-0.

Rios-Neto E. Passado, presente e futuro: uma visão de idade, período e coorte. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2000; 17 (1/2): p.5-15.

Robles RR, Marítinez RE, Vera M, Alegría M. Factores socioculturales asociados con el uso de contraceptivos en Puerto Rico. *Bol Oficina Sanit Panam* 1988; 104 (1): 23-33.

Ross JA, Heaton L. Intended contraceptive use among women without an unmet need. *International Family Planning Perspectives* 1997; 23 (4): 148-154.

Samico IC. Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco. [Tese de Doutorado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Sanches KRB. A aids e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade. Rio de Janeiro; 1999.

Schüler-Faccini L, Leite JCL, Sanseverino MTV, Peres R M. Evaluation of potential teratogens in Brazilian population. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002; 7 (1): 65-71.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Informe epidemiológico em saúde coletiva. Conferência do Cairo. *Saúde em Foco* 1995; IV: 4-8.

Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Åhman, Shah HI. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. New York: Guttmacher Institute. Geneva: World Health Organization 2007; 370, Issue 9595, 13 October 2007-19 October 2007: 1338-1345.

Silveira DS, Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2 supl): S231-S241.

Silver LD. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

Singh S, Prada E, Kestler E. Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala. *International Family Planning Perspectives* 2006; 32 (3): 136-145.

Siroma VS. Contribuição para o uso racional de contracepção pelas alunas adolescentes de Campo Grande/MS. [Dissertação de mestrado]. Brasília: Ciências da Saúde / UNB; 2004.

Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS; 2006. <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 5/fev/2007).

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Microdados do município do Rio de Janeiro. Rio de: Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro; 2002.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Microdados do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro; 2002.

Soares LC. A liberdade de escolha de métodos contraceptivos definitivos pelas mulheres. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Macro Internacional Inc; 1997.

Soranz DR, Amor-Divino S, Santiago D, Rodrigues M, Santos EE, Souza K, Souza L. Atenção primária e comunidade: relatório técnico 001 equipe de saúde da família do Parque Oswaldo Cruz FIOCRUZ/ENSP/CSEGSF/Manguinhos, Rio de Janeiro, 2005: 1- 178 <http://intranet.ensp.fiocruz.br/blogensp/blog.cfm?CategoriaID=170&blog=405&categoriaNome=relatório%20tecnico> (acessado em 10/fev/2008).

Souza HM, Sampaio LFR. Atenção básica: políticas e diretrizes no Brasil atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Souza JMM, Pelloso SM, Uchimura NS, Souza F. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2006; 28 (5): 271-7.

Stanley K. Henshaw, Susheela Singh and Taylor HAAS. The Incidence of Abortion Worldwide. International Family Planning Perspectives 1999; 25 (Supl): S30-S38.

Tavares LS, Leite IC, Telles FSP. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2007; 10 (2): 139-48.

Temporão JG. A tensão entre o ideário reformista e a proposta real em construção de uma política de saúde no Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater Infant 2007; 7 (1): 9-13.

The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Nova York: The Alan Guttmacher Institute, 1994.

Torres V, Rosa My Gran A, Miriam A. Panorama de salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29 (3): 198-208.

Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condições sociais. Rev Panam Salud Publica 2002; 11 (5/6): 365-373.

Trindade MP. Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/AIDS. Rio de Janeiro; 2001.

Valadares PV. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

Viacava F, Dachs N, Travassos C. The household surveys and the National Health Information System. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11 (4): 863-869.

Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Rev Saúde Pública* 1994; 8 (6): 440-8.

Vieira EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29 (5): 225-229.

Villanueva H. Ongoing health management control by cost monitoring through tracer indicators. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2001; 10 (6): 405-412.

White KL. Health surveys: who, why and what? *World Health Statistics Quarterly* 1985; 38: 2-14.

Wolff F. A invenção materialista da liberdade. In: Novaes A. O avesso da liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.

Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde Soc* 2000; 127-50.

ANEXOS

ANEXO 1 – ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM)

Nota: Por ser um documento de grande valor histórico e não encontrado em formato eletrônico, optamos por apresentá-lo em Anexo. Agradeço a Professora Karen Mary Giffin pela disponibilização do exemplar original.

ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER:
BASES DE AÇÃO PROGRAMÁTICA



TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministério da Saúde

Assistência integral à saúde da mulher :
bases de ação programática

Ministro da Saúde
Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

Secretário-Geral
Eleutério Rodriguez Neto

Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde
Fabiola de Aguiar Nunes

Diretora da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
Zuleica Portela Albuquerque

Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1985

© 1984. Ministério da Saúde

Série B: Textos Básicos de Saúde, 6

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Térreo
70058 Brasília, DF
Telefone: (061) 226-8286 e 226-8275
Telex: (061) 1752 e (061) 1251

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Primeira Reimpressão — 1985

Ministério da Saúde.

Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação
programática / Ministério da Saúde. — Brasília, Centro de
Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)

SUMÁRIO

1 – Introdução	5
2 – Sumário Diagnóstico	7
3 – Bases Doutrinárias, Diretrizes e Objetivos Programáticos ..	14
3.1 – Diretrizes Gerais	
3.2 – Objetivos Programáticos	
4 – Conteúdos Programáticos	18
4.1 – Assistência Clínico-Ginecológica	
4.2 – Assistência Pré-Natal	
4.3 – Assistência ao Parto e ao Puerpério Imediato	
5 – Estratégias de Implantação	23
6 – Referências	26

1. Introdução

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar.

A desatenção aos aspectos integrais da saúde da mulher explica também a importância secundária que se dá à profilaxia e terapêutica da morbidade clínica, bem como aos fatores ligados ao aparelho reprodutivo.

Na política de ação adotada pelo setor saúde, no atual governo, tem-se buscado a geração de métodos e processos de trabalho mais criativos e realistas, contemplando uma melhor utilização dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades mais essenciais.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, interagindo com todas as instituições públicas do setor, atua em dois planos articulados: 1) expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde; 2) ênfase em atividades-chave, identificadas, mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência.

Nessa perspectiva, propõe-se realizar novos investimentos, destinados a dotar de capacidade resolutive a rede básica de serviços de saúde (ainda uma presença simbólica em inúmeros municípios brasileiros), concentrando esforços nos problemas de maior significação sócio-sanitária e que incidem, principalmente, sobre o grupo materno-infantil.

Em relação à atenção à mulher — objeto primordial desta proposta — os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cervico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção.

As proposições contidas neste documento, sem qualquer veleidade de serem inovadoras, devem refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, preconizado pelo Ministério da Saúde: **ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde.**

2. Sumário Diagnóstico

Segundo o Censo Demográfico de 1980, a população total do país era, então, de 119 070 865 habitantes, dos quais 31,86 % correspondiam à população feminina acima de 15 anos. Este grupo representava 63,3 % do total de mulheres no país, em 1980 (1). A rigor, essa seria a parcela da população a ser abrangida pelas ações de saúde aqui propostas. Entretanto, deve-se acrescentar a esse contingente o grupo de mulheres entre 10 e 14 anos, que mostra uma dualidade de problemas de saúde: ao mesmo tempo em que apresenta doenças características da infância, manifesta, também, problemas de saúde típicos da idade adulta. Em 1980, esse grupo correspondia a 11,3 % do total da população feminina no país.

Ao grupo de mulheres de 15 a 49 anos correspondem, aproximadamente, 7 % do total de óbitos gerais. De cada 16 óbitos, um corresponde ao de uma mulher nessa faixa etária. Ainda neste grupo, as sete primeiras causas de óbitos são, em ordem de frequência, as seguintes: doenças do aparelho circulatório, 28,8 % ; causas externas (acidentes e violências), 16,7 % ; neoplasmas, 15,7 % ; doenças infecciosas e parasitárias, 8,4 % ; doenças do aparelho respiratório, 6,7 % ; doenças do aparelho digestivo, 6,3 % , e complicações da gravidez, do parto e do puerpério, 5,9% (2).

Considerando-se as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva (CID, lista B, 38-40), observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto são os mais frequentes (3), apesar de serem facilmente evitáveis através de adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, durante o parto, o puerpério e entre as gestações. O mesmo se pode dizer a respeito dos óbitos por neoplasias malignas, que seriam, em grande parte, evitáveis mediante exame preventivo sistemático das mamas e do colo uterino.

As causas de morbidade apresentam, em geral, a mesma estrutura, ocorrendo, com níveis crescentes, as cardiopatias, a hipertensão arterial e os acidentes e doenças relacionados com atividades profissionais. Quanto às patologias que interferem no desem-

penho obstétrico, destacam-se a desnutrição, as doenças sexualmente transmitidas, a presença de morbidade clínica, como hipertensão arterial, cardiopatias, infecções do trato urinário, e alguns hábitos, como o tabagismo (4).

No sentido de complementar os quadros de mortalidade e morbidade apresentados, deve-se ressaltar algumas questões relativas ao comportamento reprodutivo da população feminina na década 1960-1970. Estudos recentes sobre a dinâmica populacional do país (5) revelam que houve uma queda da taxa de fecundidade total (número médio de filhos tidos por mulher entre 15 a 49 anos) de 6,2, em 1960, para 5,65, em 1970, e 4,5, em 1977. Ao mesmo tempo, outros autores mostram que os fatores diretos (idade média ao casar, índice de celibato, padrão de amamentação e índice de abstinência sexual pós-parto), que influem, isoladamente ou combinados, nesta taxa, não foram alterados, e o possível aumento na incidência do aborto não chega a justificar essa queda na fecundidade. Assim, pressupõe-se que, nesse período, tenha havido uma intensificação no emprego de métodos anticoncepcionais pela população feminina em idade reprodutiva (6). Esta hipótese foi comprovada por pesquisas realizadas em diversos estados (7).

Diante dessas conclusões, duas grandes indagações passam a orientar a análise do problema.

A primeira refere-se à forma como a população vem utilizando esses métodos contraceptivos, ou seja, se isso é decorrência de uma livre escolha individual ou do casal; se o emprego dos métodos é correto; se todas as alternativas e efeitos colaterais são conhecidos e se essas pessoas são acompanhadas pelos serviços de saúde.

A segunda hipótese diz respeito às razões que têm levado a população a fazer uso desses métodos e, conseqüentemente, a limitar a prole. A resposta a essa questão transcende o âmbito do setor saúde, embora lhe seja subjacente. Entre essas razões destacam-se o papel cada vez mais importante da mulher, tanto na força de trabalho como no núcleo familiar, e o crescente aumento da percentagem de população migrante nos centros urbanos, sem que tenha havido um correspondente aumento dos bens e serviços de infra-estrutura social capazes de atender a esse contingente populacional.

Os motivos que têm levado à diminuição do tamanho da prole em áreas urbanas merecem, contudo, reflexão mais aprofundada. Aparentemente, essa mudança de comportamento está relacionada às dificuldades materiais enfrentadas pela maior parte da população. Entretanto, a não modificação das condições de vida dessas pessoas, apesar da diminuição do número de filhos, indica que outros fatores interferem nessa situação. O acesso extremamente desigual da população aos bens e serviços disponíveis e à estrutura de emprego existente é, na verdade, o que determina as precárias condições em que vive a maioria dos indivíduos. Enfim, o que se pretende enfatizar é que a presente proposta não visa à correção dessas distorções, mas à promoção da saúde do indivíduo e ao reconhecimento do direito de toda a população ter acesso aos serviços de saúde.

Em relação às questões da política de saúde no Brasil, pode-se dizer, sumariamente, que o setor saúde está constituído por dois grandes subsetores com objetivos bastante distintos. O subsetor público, que registra uma história de grandes problemas administrativos e gerenciais, concentra o atendimento dos problemas de saúde pública e da clientela mais carente, enfrentando questões como a baixa resolutividade dos serviços e a dificuldade de acesso da clientela a níveis mais complexos de assistência. Este subsetor está formado por um conjunto de instituições cujos objetivos são freqüentemente concorrentes, dando margem a distorções amplamente constatadas, tais como: paralelismo de ações, superposição de clientela, pouca racionalidade na alocação de recursos, distribuição inadequada dos serviços de maior complexidade, etc. O subsetor privado, empresarialmente organizado, desenvolve os serviços de nível secundário e terciário, na sua maior parte, por credenciamento governamental. Estas características da prestação de assistência à saúde originam distorções graves, tendo em vista que regras de mercado, inaplicáveis em setores sociais, definem a oferta e o consumo de procedimentos muitas vezes desnecessários e inadequados ao indivíduo e à comunidade.

Nesse contexto, qualquer proposta de ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde, mesmo com a melhoria da capacidade resolutiva desses serviços, apresenta dificuldades de implementação, considerados os problemas de utilização adequada da referência e contra-referência entre os serviços de maior e menor complexidade.

As condições de assistência e a própria organização de serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da

população e transparecem quando os principais problemas de saúde da mulher são analisados.

Entre os principais problemas de saúde identificados na população feminina encontram-se os seguintes:

- O acompanhamento pré-natal, de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o conceito, tem, na sua baixa cobertura, freqüentemente associada a baixa qualidade de atendimento, um grave problema. Nas unidades da Federação onde a infra-estrutura de serviços de saúde é considerada de melhor nível, como Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e Rio Grande do Sul, estudos sobre os percentuais de cobertura pré-natal, segundo nível de renda, em uma população de 1 779 762 gestantes, mostraram, entre as mulheres de nível socioeconômico baixo, uma percentagem sem acompanhamento pré-natal 3,5 a 8,5 vezes maior do que a verificada na população de faixa de renda superior a dez salários mínimos (8). Nessas unidades, o percentual médio de cobertura entre as mulheres de menor renda situa-se em torno de 70% , enquanto nos estratos de maior renda ascende a 94% .

- A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. É fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto. Por outro lado, a precária qualidade de assistência, os excessos da medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas refletem a inadequação da assistência prestada. Dados de 1980 mostram que as taxas de cesarianas foram de 29,2% para o Rio de Janeiro, de 43,7% para São Paulo, de 24,7% para o Rio Grande do Sul, e de 32,6% para o Distrito Federal (9), quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como padrão aceitável a incidência de 10 a 15% de cesarianas, considerados os riscos inerentes à intervenção cirúrgica. Esta situação resulta em conseqüências negativas para a saúde da mulher no puerpério, para as possibilidades de sucesso do aleitamento materno e o futuro obstétrico da mãe.

A redução progressiva do aleitamento materno, o qual é, reconhecidamente, um fator fundamental para nutrição e proteção da saúde física e psicológica do lactente, é também um problema de graves proporções, já não apenas limitado às populações urbanas, mas, também, atingindo as áreas rurais onde as pessoas dispõem de menores recursos para substituir o leite materno. Tal situação, decorrente da mudança de valores na sociedade que se

industrializa, é induzida por múltiplos fatores inerentes a este processo, que se refletem na atuação dos profissionais de saúde e na própria organização dos serviços.

As práticas obstétricas inadequadas ao atendimento ao parto, a falta de alojamento conjunto nas maternidades, a sobrecarga de trabalho e o insuficiente preparo do pessoal de saúde no que concerne à sua contribuição na solução de pequenos problemas, reais ou imaginários, da mãe que amamenta, a desinformação da população a respeito dos benefícios do leite materno e dos perigos da mamadeira e a falta de creches encontram-se entre os fatores que precisam ser corrigidos para recuperar o aleitamento materno como prática fundamental para a redução da morbimortalidade infantil.

- O câncer do colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia, e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade por parte das pessoas com diagnóstico positivo. No caso do câncer do colo uterino, existe uma tecnologia simples e de baixo custo para o diagnóstico de estágios pré-cancerosos, comprovadamente eficiente e de menor custo que o tratamento de casos avançados. No entanto, menos de 2% da população feminina são atendidos nessa necessidade (10). No caso do câncer de mama, a técnica de diagnóstico é ainda mais simples, pois se resume na palpação sistemática das mamas e no ensino de técnicas de auto-exame.

- Outro problema, que surge com freqüência cada vez maior, está relacionado às doenças sexualmente transmitidas. A experiência clínica em diversas regiões do Brasil revela um aumento progressivo de infecções gonocócicas e da sífilis. Com freqüência semelhante, aparecem também a condilomatose e a tricomoníase. Esta última, embora menos grave, afeta em torno de 10% das mulheres sexualmente ativas (11).

- O aborto, outro grande problema, é pouco estudado e as informações existentes são escassas e fragmentadas. Entre as fontes de dados mais sérias e que permitem avaliar a evolução do problema encontra-se a Pesquisa Nacional de Reprodução Humana, realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), em nove áreas do país. Em todas elas observaram-se aumentos do número médio de abortos por 100 mulheres, no período de 1960 - 1965, com uma variação de 34 a 150% de incremento (12).

● As doenças sistêmicas na população feminina expressam-se nos indicadores de mortalidade apresentados anteriormente, correspondendo às seis primeiras causas de óbito. Aqui, poucas são as possibilidades de encontrar nos serviços de saúde a assistência oportuna e adequada. Nos casos de patologia sistêmica crônica, que aumenta o risco para a reprodução, os serviços não oferecem às mulheres informações sobre os métodos e meios para regulação da fertilidade, que lhes permitiriam espaçar as gestações ou evitá-las nos casos indicados.

● Entendendo a regulação da fertilidade como um direito fundamental da pessoa, constitui grave problema a falta de acesso às informações e meios necessários para tal fim, assim como a falta de assistência de saúde às usuárias de técnicas e métodos contraceptivos. O problema tornou-se mais grave porque a ausência de uma atitude oficial fez com que as mulheres procurassem canais alternativos de orientação, pouco confiáveis em termos de promoção da sua saúde, ou de qualidade duvidosa. Assim, num levantamento que abarcou 2 789 mulheres de 15 a 49 anos, constatou-se que 62% das mulheres casadas estavam usando anticoncepcionais, em 1978 (13). Os dados desse inquérito e de outros similares realizados em diversos estados demonstram que não existe uma orientação adequada e criteriosa da população atendida. Suscitam, ao mesmo tempo, dúvidas sobre a real liberdade de escolha que possam ter tido as entrevistadas, em relação ao método utilizado. No estado de São Paulo, por exemplo, o levantamento mostrou que continuavam usando pílulas anticoncepcionais 20,2% das mulheres casadas entre 35 e 39 anos de idade, 11,4% das mulheres de 40 a 44 anos, e 7% das mulheres de 45 a 49 anos. A importância desses dados reside, principalmente, no fato de revelarem que a utilização de anticoncepcionais orais está sendo feita por mulheres que, pela sua idade, têm na pílula o mais perigoso dos anticoncepcionais disponíveis, aquele que mais danos causa à saúde da mulher. O mesmo inquérito apontou que 2,7% das mulheres de 20 a 24 anos já estavam esterilizadas, o que, evidentemente, não é a melhor alternativa para grupos nessa faixa de idade, em virtude do caráter irreversível desse método.

● No grupo de mulheres adolescentes, fatores como a alta incidência de doenças sexualmente transmitidas, a gravidez antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de óbitos por causas obstétricas diretas indicam a necessidade de ações de saúde mais abrangentes, capazes de acompanhar as mudanças de comportamento ocorridas na sociedade brasileira nos últimos anos.

● As mulheres com mais de 49 anos de idade apresentam um risco mais elevado de câncer cérvico-uterino e mamário, além dos problemas próprios da menopausa, decorrentes do desaparecimento das funções ovarianas e da conseqüente queda de produção estrogênica. Esta situação, por si só, indica a necessidade de ações oportunas a serem realizadas nos serviços de saúde. A fase de transição para a menopausa caracteriza-se por grandes mudanças físicas e emocionais na mulher, só comparáveis às ocorridas na puberdade. É necessário que o grupo que se encontra nessa fase receba a mesma assistência destinada aos demais.

● Finalmente, sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de pesquisa e tratamento da esterilidade conjugal. Ainda que não seja um problema fundamental de saúde pública, assume dimensões graves no âmbito familiar, cultural e social, precisando, portanto, da atenção dos serviços de saúde.

3. Bases Doutrinárias, Diretrizes e Objetivos Programáticos

As proposições básicas de ação formuladas pelo Ministério da Saúde para assistência integral à saúde da mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, propugnada em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde, com vistas à adequação da oferta de serviços, de modo que se concentrem recursos, corretamente dimensionados, para a solução dos problemas mais prementes e de maior prevalência. Apesar da denominação freqüente de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutive da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica — a da assistência integral — de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo.

Submetida a expansão considerável, nos últimos anos, alcançando praticamente todos os municípios brasileiros, a rede de serviços básicos enfrenta, atualmente, como desafio principal, a exigência de dar uma resposta efetiva aos problemas de saúde mais freqüentes, tal qual previsto no modelo de atenção primária que a inspirou.

Faz-se necessário desenvolver e difundir procedimentos e rotinas que dêem conta dos problemas de maior impacto epidemiológico, em que se destacam as doenças transmissíveis, assim como os de clientela amplas — e risco considerável — onde se inclui a população materno-infantil.

Todas as ações destinadas a prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança deverão nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência. Este, longe de constituir-se, simplesmente, em forma de atividades isoladas, deve traduzir, na prática, uma abordagem integral do indivíduo e de grupos sobre

os quais se atua, procurando efeitos em âmbito coletivo e de proteção duradoura.

O fato de se estabelecer um programa específico dirigido à mulher e de se enfatizar certas atividades prioritárias não deve ser interpretado como uma subestimação dos demais serviços que cabe à rede básica executar, mas, sim, como estratégia de destinação seletiva de recursos que permitam a operacionalização de conteúdos de grande prioridade, vinculados à população feminina, em todas as fases de sua vida, e que vinham sendo negligenciados.

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar — o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em conseqüência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém, de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de assistência integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade.

Ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde.

Essa postura está em consonância com a posição brasileira no Congresso Mundial de População, realizado em 1974, em Bucarest, que atribui ao Estado a responsabilidade de: "proporcio-

nar informação e meios para que todos possam planejar suas famílias; oferecer serviços adequados e adotar medidas necessárias para a redução da mortalidade geral, especialmente a infantil”.

3.1 DIRETRIZES GERAIS

Pautadas nos princípios acima mencionados, as seguintes diretrizes gerais norteiam as proposições básicas de ação para a assistência integral à saúde da mulher:

- O sistema de saúde deve estar orientado e capacitado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo.

- O conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Para tanto, exige-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos.

- O conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.

- O planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As motivações que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas nos princípios de equidade — oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população —, e de ordem médica, traduzido no risco gravídico.

- Todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los.

3.2 OBJETIVOS PROGRAMÁTICOS

- Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população.

- Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.

- Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.

- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmitidas.

- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.

- Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.

- Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

4. Conteúdos Programáticos

As atividades básicas de assistência integral à saúde da mulher constituem um conjunto de ações, educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina.

Estas atividades, conquanto destinadas a uma clientela nitidamente numerosa, deverão ser simples em sua essência, simplificadas na exata dimensão das necessidades de saúde da população, e em consonância com a capacidade operativa da rede dos serviços básicos de saúde.

Propõe-se, aqui, um conjunto de procedimentos, aplicáveis indistintamente a todos os elementos do grupo feminino, independentemente do exercício da atividade sexual, prévia ou atual, e da fase da vida reprodutiva em que se encontre.

Em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cervico-uterino e de mama, bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos. Para execução dessa atividade informativa, os serviços podem optar por discussões individuais, em grupo, ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional.

Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher serão desenvolvidos através de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato.

4.1 ASSISTÊNCIA CLÍNICO-GINECOLÓGICA

Por assistência clínico-ginecológica compreende-se o conjunto de ações e procedimentos voltados para a identificação, diagnóstico e tratamento das patologias sistêmicas, das patologias

do aparelho reprodutivo, inclusive a prevenção do câncer de colo uterino e de mama, e orientação sobre planejamento familiar. Inclui-se nesta modalidade assistencial o atendimento ao puerpério tardio.

Em linhas gerais, os seguintes procedimentos compõem a assistência clínico-ginecológica:

- Avaliação do estado nutricional. Identificação de estados mórbidos através da anamnese e exame clínico, dirigida, inclusive, para a descoberta de sinais e sintomas de doenças sexualmente transmitidas, atuais ou progressas. Verificação dos níveis da pressão arterial.

- Diagnóstico de doença do aparelho genital e das mamas, mediante exame ginecológico simplificado, e coleta de material para exame colpocitológico. Solicitação de teste sorológico para sífilis, em caso de suspeita clínica. Solicitação de outros exames em caso de necessidades.

- Terapêutica inicial dos quadros de morbidade clínica ou ginecológica. Referência dos casos de maior gravidade e agendamento para seguimento da doença diagnosticada ou para outras necessidades de atendimento.

- Orientação, nos casos indicados, sobre o uso de métodos naturais e artificiais de regulação da fertilidade. Implementação de técnicas de menor complexidade, ou referência para outro nível de assistência, nos casos de indicação de técnicas de mais difícil execução. Seguimento periódico da mulher a intervalos variáveis, de acordo com a técnica ou métodos utilizados. Esclarecimento, orientação e implementação de métodos que possam ser utilizados pelo parceiro para evitar a concepção, inclusive a referência a nível superior para a implementação de técnicas de maior complexidade. Os métodos de regulação da fertilidade de maior efetividade podem ter efeitos altamente negativos sobre a saúde dos indivíduos que os usem, requerendo, portanto, orientação e regulamentação normativa precisa. Identificação, mediante anamnese, e referência a nível de complexidade superior dos casos de infertilidade conjugal, para diagnóstico e terapêutica.

4.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educati-

vos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto. Apresenta os seguintes componentes:

- Anamnese e exame clínico-obstétrico inicial, buscando identificar e controlar os fatores de risco indicadores da probabilidade de má evolução da gestação ou da obtenção de resultados perinatais desfavoráveis.

- Acompanhamento clínico-obstétrico do período pré-natal, de maneira periódica e sistemática, hierarquizando esta atenção segundo níveis de risco. Deve-se valorizar nesta etapa a identificação e prevenção de problemas que possam dificultar a amamentação.

- Educação pré-natal quanto ao processo de lactação, importância e técnicas de aleitamento. Transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção.

4.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO PUERPÉRIO IMEDIATO

Compreende um conjunto de ações harmônicas integradas que visam a proporcionar assistência ao trabalho de parto, puerpério imediato e assistência neonatal, inclusive o manejo adequado das condições que possam acarretar danos à mãe ou ao concepto. Apresenta os seguintes componentes:

- Anamnese e exame clínico-obstétrico cuidadoso, buscando obter informações específicas sobre fatores que podem determinar complicações no trabalho de parto ou puerpério.

- Acompanhamento sistemático dos períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo a garantir que esses processos ocorram, sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente.

- Assistência ao recém-nascido, objetivando auxiliá-lo em sua adaptação. Detecção de doenças para posterior tratamento.

- Estímulo ao aleitamento materno, promovendo a lactação, sempre que possível, ainda na sala de parto.

- Assistência ao puerpério imediato, com supervisão contínua da equipe de saúde, no ambiente do alojamento conjunto.

- Ações educativas relacionadas ao aleitamento materno. Oportunidade de retorno aos serviços de saúde para controle do puerpério imediato e tardio.

- Transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção.

Em relação aos aspectos específicos das egressas do parto e puerpério imediato, os seguintes procedimentos deverão ser observados:

- Atendimento periódico e sistemático nos primeiros cinco meses de pós-parto, visando a corrigir estados mórbidos associados ou não ao ciclo gravídico-puerperal.

- Estímulo à manutenção da lactação.

- Orientações específicas em casos de problemas de amamentação.

- Tratamento adequado das doenças mamárias detectadas no período.

- Implementação de técnicas simples de relactação nos casos de suspensão do aleitamento.

- Avaliação nutricional e suplementação nutricional ou alimentar quando necessária.

- Oferecimento de alternativas de regulação da fertilidade nos casos indicados, mediante orientação sobre o uso de métodos, implementação das técnicas mais simples e referência dos casos que exijam maior complexidade na sua execução.

As ações aqui preconizadas exigem, necessariamente, a adoção de estratégias que assegurem o aumento da cobertura e a melhoria da qualidade de assistência, como, por exemplo:

- Criação de mecanismos de articulação interinstitucional que assegurem o aumento de cobertura e a qualidade de atendimento ao parto, nos casos que tenham sido ou não encaminhados pelos serviços de assistência pré-natal. Toda parturiente deverá ser submetida à avaliação criteriosa do seu risco e contemplada com o atendimento apropriado a cada caso.

- Implementação do alojamento conjunto nas maternidades do setor público ou que mantenham convênio com a previdência social.

- Melhoria da qualidade da assistência ao parto hospitalar, através da capacitação da equipe de saúde para o atendimento ao parto normal.

- Adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência.

5. Estratégias de Implantação

Os entraves que obstaculizam a operação da rede de serviços básicos — onde pode ser solucionada a grande maioria dos problemas de saúde — impõem um trabalho contínuo em atividades estratégicas que assegurem a implantação progressiva do programa. Em outras palavras, cumpre conferir capacidade resolutive à rede básica, favorecer o desenvolvimento institucional das secretarias de saúde das unidades federadas, adequar a rede de unidades de saúde ordenadas em um sistema integrado, e reforçar a capacitação de pessoal e toda a política de desenvolvimento de recursos humanos.

Pela sua importância, um sistema integrado de assistência deve dar prioridade ao estabelecimento de medidas gerais e específicas para a concretização da sistemática de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes complexidades. Assim, o setor saúde, através de suas instituições, deverá concentrar esforços nas propostas de integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

A progressão com que as atividades propostas serão incorporadas à rede de serviços estará basicamente determinada pela delimitação de prioridades e pelas condições da estrutura operativa das instituições envolvidas.

No que diz respeito à relação entre a eleição de prioridades para a implantação e a perspectiva da assistência integral, defende-se que nenhuma das áreas de atuação ou grupos de atividades propostas deva ser implantada isoladamente. No entanto, considerando que, algumas dessas ações, em especial a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, já fazem parte do repertório da rede de serviços públicos, com maior ou menor grau de distorção, investir na adoção de medidas que venham a resultar na melhoria da qualidade dessas ações pode ser visto como o início da implementação gradativa de uma assistência integral. Ao mesmo tempo reafirma-se que nunca a organização das atividades referentes à concepção e contracepção poderá ser encarada de forma isolada, nem aceita num serviço que não responde às necessidades de saúde em seus

outros aspectos.

A operacionalização da rede de serviços, com um grau de resolutividade satisfatório, depende do preparo técnico tanto do pessoal envolvido diretamente na prestação de serviços quanto do pessoal encarregado das funções de supervisão e de coordenação programática.

Conquanto tal operacionalização postule, igualmente, medidas de mais amplo alcance, nas órbitas política e administrativa, a capacitação de recursos humanos, entendida como esforço de adequação contínua do processo de trabalho às necessidades básicas de saúde, tem um relevante papel a desempenhar na elevação da capacidade resolutiva. E isso, especialmente, no que se refere ao pessoal de nível superior, cuja maioria engajou-se nos serviços sem estar preparada para a organização e manejo das tecnologias próprias a uma rede hierarquizada e que deve canalizar recursos através de ações prioritárias.

Essas observações, válidas, sobretudo, para as categorias profissionais que trabalham na linha de assistência, aplicam-se também aos supervisores regionais que, no momento atual, tendem a se dedicar apenas à resolução de problemas administrativos, não estando preparados, na maioria das vezes, para apoiar tecnicamente as atividades de prestação de serviços propriamente ditas.

O enfrentamento de tal situação requer uma estratégia que contemple, de um lado, as distintas realidades regionais e, de outro, a concentração em áreas assistenciais prioritárias. Daí a proposição do Ministério da Saúde de criar centros de referência regionais para a educação continuada de pessoal da rede básica nas atividades de atenção à mulher e à criança.

Cabe ao Ministério da Saúde, apoiado na CIPLAN, instrumento de planejamento da ação comum entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com a participação do Ministério da Educação e Cultura, nos assuntos relativos à formação de recursos humanos, a promoção das ações de assistência integral à saúde da mulher tanto no nível dos órgãos federais como junto às secretarias estaduais de saúde, dando especial ênfase às medidas de integração entre instituições prestadoras de serviços. O apoio sistemático de toda a estrutura federal do setor saúde e de órgãos atuantes no campo do desenvolvimento de comunidades é de fundamental importância para o desempe-

nho do programa, especialmente no que se refere ao Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Central de Medicamentos, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e da Legião Brasileira de Assistência.

O Ministério da Saúde disporá de uma equipe central, apoiada tecnicamente por um grupo consultivo nacional, composto por representantes das instituições federais e órgãos de representação de especialidades médicas, responsável pela programação, supervisão, controle e avaliação do programa e pela assessoria permanente aos estados na implantação das ações e treinamento das equipes de saúde.

Cabe também ao Ministério da Saúde identificar e apoiar os centros que desenvolvam pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos atinentes à saúde da mulher e que possam oferecer subsídios técnico-científicos para a implementação do programa.

No nível das unidades federadas, as secretarias estaduais de saúde coordenarão, apoiadas nas comissões interinstitucionais de saúde, a implementação das atividades de assistência integral à saúde da mulher a serem executadas pelos serviços das redes federal, estadual e municipal, através de planos ajustados às suas prioridades e possibilidades, promovendo, em especial, a articulação interinstitucional.

A gerência do programa no nível das secretarias de saúde far-se-á através da respectiva equipe materno-infantil, devidamente reestruturada e capacitada para o treinamento e supervisão dos recursos humanos do nível local, a adequação e implantação das normas técnicas e do material instrucional remetidos pelo nível central e o acompanhamento, controle e avaliação do desempenho do programa.

O mencionado elenco de estratégias representa a intenção de preservar a integridade da doutrina e a aderência às ações propostas, devendo os momentos subsequentes de implantação efetiva das atividades adequá-lo permanentemente, com vistas a um processo de execução eficaz e de resultado proveitoso para as comunidades servidas.

Referências

1. IBGE. **Tabulações avançadas do censo demográfico: resultados preliminares**. Rio de Janeiro, 1982. 160 p. (Recenseamento geral do Brasil 1980, 9, v. 1, t. 2, n. 2)
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. **Estatísticas de mortalidade: Brasil 1980**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. 354 p. (Série G: Estatística e informação em saúde, 3)
3. REZENDE, J. **Obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975.
4. SOUZA, Amaury de. **A questão do planejamento familiar no Brasil**. Documento de avaliação apresentado à Fundação Emílio Odebrecht em 1982. 51 p.
5. MARTINE, George & CAMARGO, Líscio. **Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes**. Brasília, IPEA/IPLAN, 1983. 49 p. (CNRH Texto para discussão, 5/82).
6. RODRIGUES, Walter. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar Rio Grande do Norte 1980**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1980. 101 p.

RODRIGUES, Walter. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Piauí — 1979**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1979. 98 p.

RODRIGUES, Walter, ed. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Paraíba 1980**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1980. 115 p.

RODRIGUES, Walter. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Bahia 1980**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1980. 104 p.
7. IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios — 1981**. Rio de Janeiro, 1983.
8. PINOTTI, J.A. & FAÚNDES, A. Cuidado obstétrico e ginecológico às mulheres do Terceiro Mundo. **A Saúde no Brasil 1 (2) : 89–95, abr./jun. 1983.**
9. FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Relatório sobre as condições da mulher brasileira**. Brasília, UNICEF, 1981.
10. NAKAMURA, Milton S., MORRIS, Leo, JANOWITZ, Barbara, ANDERSON, John E. & FONSECA, Joaquim Barreto. Contraceptive use and fertility levels in São Paulo State, Brazil. **Studies in Family Planning 11 (7/8): 236–246, July/Aug. 1980.**

ANEXO 2 - LEGISLAÇÃO BRASILEIRA
SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Regula o §7.º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I - DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1.º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2.º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único. É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3.º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único. As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I – a assistência à concepção e contracepção;

II – o atendimento pré-natal;

III – a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV – o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V – o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4.º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando à promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5.º É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6.º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7.º É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8.º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde.

Art. 9.º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10 Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§1.º É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§2.º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§3.º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do §1.º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§4.º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§5.º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§6.º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei (artigo vetado mas mantido pelo Congresso Nacional. DOU 20.8.97).

Art. 11 Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória a direção do Sistema Único de Saúde (artigo vetado mas mantido pelo Congresso Nacional. DOU 20.8.97).

Art. 12 É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13 É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14 Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis (parágrafo vetado mas mantido pelo Congresso Nacional. DOU 20.8.97)

CAPÍTULO II - DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15 Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei.

Pena – reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único. A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I – durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei;

II – com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III – através de histerectomia e ooforectomia;

IV – em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V – através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização (artigo vetado mas mantido pelo Congresso Nacional. DOU 20.8.97).

Art. 16 Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena – detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17 Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena – reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único. Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando o disposto na Lei n.º 2.889, de 1.º de outubro de 1956.

Art. 18 Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena – reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19 Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1.º e 2.º do art. 29 do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal.

Art. 20 As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I – se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II – se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21 Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1.º e 2.º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput, e §§ 1.º e 2.º; 50, caput, § 1.º e alíneas e § 2.º; 51, caput e §§ 1.º e 2.º; 52; 56; 129, caput e § 1.º, incisos I, II e III, § 2.º, incisos I, III e IV e § 3.º.

Art. 23 O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Adib Jatene

de 11 de fevereiro de 1999

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto no artigo 6.º e parágrafo único e artigo 10 da Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, publicada no Diário Oficial n.º 010, de 15 de janeiro de 1996, e Diário Oficial n.º 159, de 20 de agosto de 1997, que regula o parágrafo 7.º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências, e

Considerando a necessidade de estabelecer normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução dessas ações pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art.1.º Incluir nos Grupos de Procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) os seguintes códigos de procedimentos:

1 – no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica III - código 35.100.03-6, o procedimento 35.082.01.1 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida.

2 – no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica V - código 35.100.05-2, o procedimento 35.083.01.8 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida com Atendimento RN na Sala de Parto.

3 – no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica VII - código 35.100.07-9, o procedimento 35.084.01.4 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida em Hospitais Amigo da Criança.

4 – no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica IX - código 35.100.09-5, o procedimento 35.085.01.0 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores em gestante de alto risco.

Art. 2.º Manter, no Grupo de Procedimentos Cirurgia de Trompas II - código 34.104.02.0, da Tabela SIH/SUS, o procedimento: 34.022.04.0 – Laqueadura Tubária

Art. 3.º Manter, no Grupo de Procedimentos Cirurgia do Cordão Espermiático III – código 31.109.03-9, da Tabela do SIH/SUS, o procedimento vasectomia parcial ou completa – código 31.005.09-8.

Art. 4.º De acordo com o disposto no artigo 10 da Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7.º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências; somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;

II – em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;

III – a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia; e

IV – será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Parágrafo único. É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42.o dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Nesse caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Art 5.º Cabe aos gestores estaduais e municipais de saúde, em condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (NOB-96), procederem ao credenciamento das unidades de saúde para a realização dos procedimentos de Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida, Laqueadura Tubária e Vasectomia, conforme modelo em anexo.

Parágrafo único. No âmbito do Sistema Único de Saúde somente poderão realizar esterilização cirúrgica as instituições que atenderem aos seguintes critérios:

I – estar autorizada pelo gestor estadual ou municipal;

II – oferecer todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis; e

III – comprovar a existência de médico capacitado para realização do ato.

Art. 6.º Os gestores estaduais e municipais de saúde deverão encaminhar ao Departamento de Análise da Produção dos Serviços de Saúde/DAPS/SAS, cópia da portaria de credenciamento das unidades no prazo de 5 dias a contar da publicação em Diário Oficial, para cumprimento dos efeitos desta Portaria, permanecendo a ficha em poder do gestor.

Art. 7.º Na cobrança destes procedimentos por meio da AIH, deverá ser obrigatoriamente utilizado o código Z30.2 esterilização, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.ª Revisão.

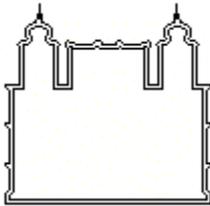
Art. 8.º É obrigatório o preenchimento da ficha de registro individual de notificação de esterilização, modelo em anexo, quando da realização dos procedimentos Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida, Laqueadura Tubária e Vasectomia, devendo a mesma ser arquivada junto ao prontuário do paciente.

Art. 9.º A Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) normatizará, em portaria específica, o preenchimento da AIH, nos casos dos procedimentos relativos aos artigos 1.o e 2.o, bem como as formas de operacionalização.

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Portaria GS/SAS/MS n.º 144, de 20 de novembro de 1997, publicada no DO n.º 227, de 24 de novembro de 1997.

RENILSON REHEM DE SOUZA

ANEXO 03 – O QUESTIONÁRIO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
Programa de Mestrado em Saúde Pública
Subárea: Políticas Públicas e Saúde

**AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA CIDADE DO RIO
DE JANEIRO COMO MARCADOR DE RESULTADO DAS AÇÕES DE
ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO DA COMUNIDADE DE
MANGUINHOS**

(Para ser aplicado a mulheres de 15 a 49 anos)

Nº DO QUESTIONÁRIO:

Entrevistador:.....

ÁREA:.....

MICROÁREA: |1|2|3|4|5|6|

FAMÍLIA Nº:

Registro:.....

DATA DA APLICAÇÃO: / /

**AS PESSOAS SERÃO ENTREVISTADAS PELAS AGENTES
COMUNITÁRIAS DE ÁREAS CRUZADAS.**

Revisor:.....

Data da revisão: / /

2º semestre de 2007

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Sr.^a

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa para **avaliação do Planejamento Familiar na Comunidade de Manguinhos**, como parte de dissertação de mestrado acadêmico.

Você foi selecionado por ser usuária do Centro de Saúde Escola, a partir do seu cadastro feito pelas equipes de saúde da família e **sua participação não é obrigatória**.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é avaliar qualidade das ações de planejamento familiar e ajudar a planejar melhor este serviço.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista de no máximo 15 minutos, com perguntas relacionadas a sua saúde reprodutiva.

Sua participação ajudará na construção de melhoria gerencial técnica do programa de planejamento familiar, podendo futuramente promover uma melhor qualidade neste serviço, que é direito de todos.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem das entrevistas. Os resultados serão divulgados em conjunto, não será permitido que ninguém tenha acesso ou divulgue suas respostas.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que a senhor a terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Você receberá uma cópia deste termo

Daniel Ricardo Soranz
Responsável pela pesquisa

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

ASSINATURA _____ Data: ___ / ___ / 2007.

Declaro, como responsável legal da adolescente _____ que entendi os objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa e autorizo esta participação.

ASSINATURA _____ Data: ___ / ___ / 2007.

Em caso de qualquer dúvida, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador Daniel Soranz, no endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 7 no primeiro andar da ENSP, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP: 21041-210 ou pelo telefone (21) 2598 2519 no horário das 9 às 17 horas, ou com o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, no endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 21041-210 ou pelo telefone (21) 25982863.

DIMENSÃO 2: PROCESSO E DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO

2.1. UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

20. NO MOMENTO UTILIZA ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ?

1. Sim 2. Não (**vá para a pergunta 27**)

21. QUAL (IS) MÉTODO (S)? (Resposta Múltipla)

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Pílula | 7. <input type="checkbox"/> Laqueadura tubária |
| 2. <input type="checkbox"/> DIU | 8. <input type="checkbox"/> Vasectomia do parceiro |
| 3. <input type="checkbox"/> Injeção | 9. <input type="checkbox"/> Abstinência periódica (Tabelinha) |
| 4. <input type="checkbox"/> Norplant (implantes) | 10. <input type="checkbox"/> Abortamento provocado |
| 5. <input type="checkbox"/> Diafragma / espumas /
tabletes | 11. <input type="checkbox"/> Outros (especificar): |
| 6. <input type="checkbox"/> Camisinha (condom) | |

22. QUAL O PRINCIPAL MÉTODO UTILIZADO? (Resposta Única)

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Pílula | 7. <input type="checkbox"/> Laqueadura tubária |
| 2. <input type="checkbox"/> DIU | 8. <input type="checkbox"/> Vasectomia do parceiro |
| 3. <input type="checkbox"/> Injeção | 9. <input type="checkbox"/> Abstinência periódica |
| 4. <input type="checkbox"/> Norplant (implantes) | 10. <input type="checkbox"/> Abortamento provocado |
| 5. <input type="checkbox"/> Diafragma / espumas /
tabletes | 11. <input type="checkbox"/> Outros (especificar): |
| 6. <input type="checkbox"/> Camisinha (condom) | |

23. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM O MÉTODO ATUAL ?

1. Muito satisfeita 2. Satisfeita 3. Pouco satisfeita 4. Insatisfeita

24. REALIZOU ALGUMA CONSULTA MÉDICA ANTES DO INÍCIO DO USO DO MÉTODO ?

1. Sim 2. Não

25. PAGOU PELA CONSULTA ?

1. Sim, com dinheiro do próprio bolso
2. Pelo plano de saúde
3. Não, realizou pelo serviço público

26. QUEM INFLUENCIOU MAIS NA ESCOLHA DESSE MÉTODO ? (Resposta Única)

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Você mesmo escolheu | 5. <input type="checkbox"/> Amigas / vizinhas |
| 2. <input type="checkbox"/> O médico / a enfermeira | 6. <input type="checkbox"/> Mãe / sogra |
| 3. <input type="checkbox"/> A agente de saúde | 7. <input type="checkbox"/> TV e meios de comunicação |
| 4. <input type="checkbox"/> Seu marido ou companheiro | 8. <input type="checkbox"/> Outros (especificar) |
-

A questão 27, só deve ser respondida para quem não utiliza métodos anticoncepcionais, questão 20.

27. QUAL A PRINCIPAL RAZÃO PELA QUAL VOCÊ NÃO PENSA EM USAR ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

.....
.....

Pergunta aberta (será categorizada APÓS a aplicação do questionário pela coordenação de campo)

1. <input type="checkbox"/> Não está casada / unida	10. <input type="checkbox"/> Se opõe a utilização de qualquer método
2. <input type="checkbox"/> Não tem relações sexuais	11. <input type="checkbox"/> O companheiro se opõe
3. <input type="checkbox"/> Relações sexuais pouco frequentes	12. <input type="checkbox"/> É caro
4. <input type="checkbox"/> Menopausa	13. <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso
5. <input type="checkbox"/> Retirou o útero	14. <input type="checkbox"/> Motivos religiosos
6. <input type="checkbox"/> Tem dificuldade de engravidar	15. <input type="checkbox"/> Problemas de saúde / efeitos colaterais
7. <input type="checkbox"/> Está amamentando	16. <input type="checkbox"/> Não sabe o que é método anticoncepcional
8. <input type="checkbox"/> Deseja mais filhos	17. <input type="checkbox"/> Interfere com as funções normais do organismo
9. <input type="checkbox"/> Está grávida	18. <input type="checkbox"/> Outra razão (especificar)

2.2 - ACESSO A PÍLULA ANTICONCEPCIONAL

28. UTILIZA OU JÁ UTILIZOU PÍLULA OU INJEÇÃO ANTICONCEPCIONAL?

1. Sim 2. Não (**vá para a pergunta 34 - Acesso a laqueadura tubária**)

29. JÁ TENTOU PEGAR PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS NO SISTEMA PÚBLICO ?

1. Sim 2. Não (**vá para a pergunta 31**)

30. COM QUE FREQUÊNCIA CONSEGUIA PEGAR A PÍLULA DE GRAÇA NOS POSTO DE SAÚDE ?

1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca

31. COM QUE FREQUÊNCIA REALIZAVA CONSULTA PARA ACOMPANHAMENTO?

1. Todo mês 2. De três em três meses 3. De seis em seis meses
4. De ano em ano 4. Mais de um ano 5. Nunca

32. PAROU DE UTILIZAR A PÍLULA?

1. Sim 2. Não (**vá para a pergunta 33 - Acesso a laqueadura tubária**)

33. POR QUE PAROU DE UTILIZAR A PÍLULA? (Permite resposta múltipla)

1. A unidade de saúde parou de distribuir gratuitamente.
2. Indicação médica.
3. Estava sem parceiro.
4. Ficou grávida utilizando a pílula.
5. Desejava ter filhos.
6. Engordava.
7. Não me sentia bem.
8. Outros (especificar)

2.3: ACESSO À LAQUEADURA TUBÁRIA (Ligar as Trompas)

34. VOCÊ CONSIDERA QUE PODE ENGRAVIDAR DEPOIS DE LIGAR AS TROMPAS (REALIZAR LAQUEADURA TUBÁRIA)?

1. Sim 2. Não 3. Não Sei

35. JÁ REALIZOU LAQUEADURA TUBÁRIA (LIGOU AS TROMPAS)?

1. Sim 2. Não (**vá para a pergunta 43**)

36. SUA LAQUEADURA TUBÁRIA FOI REALIZADA:

1. No momento o parto (intra-parto) 2. Posteriormente (em outra cirurgia)

37. REALIZOU POR VONTADE PRÓPRIA ?

1. Sim 2. Não

38. PAGOU PELA CIRURGIA DE LAQUEADURA ?

1. Sim, com dinheiro do próprio bolso
2. Pelo plano de saúde
3. Não, realizou pelo serviço público

39. ANTES DE REALIZAR A CIRURGIA DE LAQUEADURA, PARTICIPOU DE ALGUM GRUPO DE ORIENTAÇÃO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE DE SAÚDE ?

1. Sim 2. Não

40. POR QUE ESCOLHEU ESSE MÉTODO ?

1. Não quer ter mais filhos
2. Não se dava com outro método
3. Recomendação médica (porque tinha risco de vida ou cesáreas múltiplas)
4. Menor custo
5. Não teve acesso a métodos anticoncepcionais reversíveis
6. Outros (especificar)

41. IDADE EM QUE REALIZOU A LAQUEADURA: |__|__| anos
Ano em que realizou |__|__|__|__|

42. VOCÊ ESTÁ ARREPENDIDA DE TER REALIZADO A LAQUEADURA
1. |__| Sim 2. |__| Não

Perguntas de 43 a 47: somente para quem não realizou a laqueadura !!

43. DESEJA REALIZAR LAQUEADURA TUBÁRIA POR VONTADE PRÓPRIA ?
1. |__| Sim 2. |__| Não (**vá para a pergunta 48**)

44. POR QUE AINDA NÃO REALIZOU ?

1. |__| Não tem dinheiro
2. |__| Médico não quis fazer o encaminhamento
3. |__| O médico decidiu não realizar na hora do parto, mesmo eu tendo solicitado
4. |__| O marido/companheiro não autorizou a cirurgia
5. |__| Por medo
6. |__| Não conseguiu realizar os exames pré-operatórios
7. |__| Está na fila de espera para realizar
8. |__| Outros (especificar)

45. ANTES DE TOMAR A DECISÃO DE REALIZAR A CIRURGIA DE LAQUEADURA, PARTICIPOU DE ALGUM GRUPO DE ORIENTAÇÃO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE DE SAÚDE ?

1. |__| Sim 2. |__| Não

46. POR QUE ESCOLHEU ESSE MÉTODO ?

1. |__| Não quer ter mais filhos
2. |__| Não se dava com outro método
3. |__| Recomendação médica (porque tinha risco de vida ou cesáreas múltiplas)
4. |__| Menor custo
5. |__| Não teve acesso a métodos anticoncepcionais reversíveis

47. IDADE EM QUE TOMOU A DECISÃO DE REALIZAR A LAQUEADURA: |__|__| anos

2.4: ACESSO A DIU

48. JÁ UTILIZOU O DIU ?

1. Sim 2. Não (**vá para a pergunta 55**)

49. POR QUANTO TEMPO ? anos meses

50. POR QUE ESCOLHEU ESSE MÉTODO ?

1. Não quer ter mais filhos
2. Não se dava com outro método
3. Recomendação médica
4. Menor custo
5. Considerava o melhor método
6. Outros (especificar)

51. PAGOU PELO DIU ?

1. Sim, com dinheiro do próprio bolso
2. Pelo plano de saúde
3. Não, realizou pelo serviço público

52. REALIZOU ALGUMA ULTRASSONOGRRAFIA DESDE QUE COLOCOU O DIU ?

1. Sim 2. Não

53. PAGOU PELO EXAME DE ULTRASSOM ?

1. Sim, com dinheiro do próprio bolso
2. Pelo plano de saúde
3. Não, realizou pelo serviço público

54. COM QUE FREQUÊNCIA REALIZA CONSULTA PARA ACOMPANHAMENTO ?

1. Nunca
2. Todo mês
3. De três em três meses
4. De seis em seis meses
5. De ano em ano
6. Mais de um ano

Perguntas de 55 a 56: somente para quem NÃO USA

55. DESEJA COLOCAR O DIU ?

1. Sim 2. Não (**vá para a pergunta 57**)

56. POR QUE AINDA NÃO COLOCOU ? (aceita resposta múltipla)

1. Não tem dinheiro
2. O médico não quis
3. O médico decidiu não realizar na hora do parto, mesmo eu tendo solicitado
4. O marido/companheiro não autorizou a colocação
5. Por medo
6. Não consegui realizar os exames preventivos
7. Está na fila de espera para realizar
8. Não consegui consulta
9. Prefere outro método
10. Era exigido a participação nas reuniões e eu não tinha tempo
11. Outros (especificar)

2.5: ACESSO A CAMISINHA

57. VOCÊ JÁ UTILIZOU CAMISINHA ? (você e/ou seu parceiro)

1. Sim 2. Não (vá para a pergunta 62)

58. COM QUE FREQUÊNCIA ?

1. Sempre
2. Às vezes
3. Raramente

59. JÁ TENTOU PEGAR CAMISINHA NO SISTEMA PÚBLICO ?

1. Sim 2. Não (vá para a pergunta 61)

60. COM QUE FREQUÊNCIA CONSEGUIA PEGAR A CAMISINHA NA UNIDADE DE SAÚDE ?

1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca

61. QUANTAS CAMISINHAS GASTA POR SEMANA ? camisinhas

Perguntas de 62 a 63: somente para quem NÃO UTILIZA

62. DESEJA UTILIZAR CAMISINHA ?

1. Sim 2. Não (vá para a pergunta 61)

63. POR QUE AINDA NÃO UTILIZOU OU UTILIZA ?

1. Não tem dinheiro
2. Acha que não precisa
3. Possui parceiro fixo.
4. Por medo
5. Outros (especificar)

DIMENSÃO 3: RESULTADOS ALCANÇADOS

64. NÚMERO DE VEZES QUE FICOU GRÁVIDA: |. |. |. |. |

65. NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS VIVOS: |. |. |. |. | (**perguntar o nome dos três últimos filhos e preencher no Quadro abaixo**)

Questões	ÚLTIMO FILHO Nome:	PENÚLTIMO FILHO. Nome:	ANTEPENÚLTIMO FILHO. Nome:
66. QUANDO FICOU GRÁVIDA DE [NOME] ?	1. <input type="checkbox"/> Queria ter o filho naquele momento 2. <input type="checkbox"/> Queria esperar mais tempo 3. <input type="checkbox"/> Não desejava mais filhos	1. <input type="checkbox"/> Queria ter o filho naquele momento 2. <input type="checkbox"/> Queria esperar mais tempo 3. <input type="checkbox"/> Não desejava mais filhos	1. <input type="checkbox"/> Queria ter o filho naquele momento 2. <input type="checkbox"/> Queria esperar mais tempo 3. <input type="checkbox"/> Não desejava mais filhos
67. QUANDO FICOU GRÁVIDA DE [NOME] PLANEJOU A GESTAÇÃO?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
68. QUANDO FICOU GRÁVIDA DE [NOME] DESEJAVA ESTA GESTAÇÃO ?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
69. QUANDO FICOU GRÁVIDA DE [NOME] EM ALGUM MOMENTO PENSOU EM “RETIRAR” (ABORTAR) ?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
70. QUANDO FICOU GRÁVIDA DE [NOME] TENTOU UTILIZAR ALGUM MÉTODO ABORTIVO ?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (no caso de “não” vá para a questão 73)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (no caso de “não” vá para a questão 73)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (no caso de “não” vá para a questão 73)
(APENAS ENTRE AS MULHERES QUE TENTARAM REALIZAR ABORTO) 71. QUAL MÉTODO QUE TENTOU PARA ‘RETIRAR’ ?
72. SENTIU-SE AMPARADA PARA TENTAR REALIZAR O ABORTO ?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
73. QUANDO SOUBE QUE ESTAVA GRÁVIDA DE [NOME] QUAIS OS SENTIMENTOS QUE SURTIRAM ?	1. <input type="checkbox"/> Amor 2. <input type="checkbox"/> Raiva 3. <input type="checkbox"/> Medo 4. <input type="checkbox"/> Angústia 5. <input type="checkbox"/> Felicidade 6. <input type="checkbox"/> Preocupação 7. <input type="checkbox"/> Emoção 8. <input type="checkbox"/> Infelicidade 9. <input type="checkbox"/> Segurança 10. <input type="checkbox"/> Insegurança 11. <input type="checkbox"/> Bem 12. <input type="checkbox"/> Mal 13. <input type="checkbox"/> Enjoada 14. <input type="checkbox"/> Cansada 15. <input type="checkbox"/> Animada 16. <input type="checkbox"/> Outro:	1. <input type="checkbox"/> Amor 2. <input type="checkbox"/> Raiva 3. <input type="checkbox"/> Medo 4. <input type="checkbox"/> Angústia 5. <input type="checkbox"/> Felicidade 6. <input type="checkbox"/> Preocupação 7. <input type="checkbox"/> Emoção 8. <input type="checkbox"/> Infelicidade 9. <input type="checkbox"/> Segurança 10. <input type="checkbox"/> Insegurança 11. <input type="checkbox"/> Bem 12. <input type="checkbox"/> Mal 13. <input type="checkbox"/> Enjoada 14. <input type="checkbox"/> Cansada 15. <input type="checkbox"/> Animada 16. <input type="checkbox"/> Outro:	1. <input type="checkbox"/> Amor 2. <input type="checkbox"/> Raiva 3. <input type="checkbox"/> Medo 4. <input type="checkbox"/> Angústia 5. <input type="checkbox"/> Felicidade 6. <input type="checkbox"/> Preocupação 7. <input type="checkbox"/> Emoção 8. <input type="checkbox"/> Infelicidade 9. <input type="checkbox"/> Segurança 10. <input type="checkbox"/> Insegurança 11. <input type="checkbox"/> Bem 12. <input type="checkbox"/> Mal 13. <input type="checkbox"/> Enjoada 14. <input type="checkbox"/> Cansada 15. <input type="checkbox"/> Animada 16. <input type="checkbox"/> Outro:

74. NÚMERO DE FILHOS QUE PERDEU NA GESTAÇÃO (ABORTO ESPONTÂNEO): |__|__|

75. NÚMERO DE ABORTOS PROVOCADOS (ABORTOS PROVOCADOS): |__|__|

(Devem responder a questão 76 somente referente aos abortos provocados)

76. QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA NO PRIMEIRO ABORTO? |__|__|

76. QUAL SERVIÇO DE SAÚDE PROCURA GERALMENTE PARA PRÉ-NATAL, PREVENTIVO, CONSULTA GINECOLÓGICA?

1. |__| Centro de saúde
2. |__| Clínicas particulares/consultório particular
3. |__| Outros.....

77. VOCÊ UTILIZA OS SERVIÇOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SUA COMUNIDADE ?

1. |__| Sim
2. |__| Não (**passa para a pergunta 81**)

78. COM QUE FREQUÊNCIA ?

1. |__| Sempre
2. |__| Às vezes
3. |__| Raramente
4. |__| Nunca

79. QUAL O NOME DE SEU MÉDICO(A) ?

80. VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUM GRUPO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE DE SAÚDE DE SUA COMUNIDADE ?

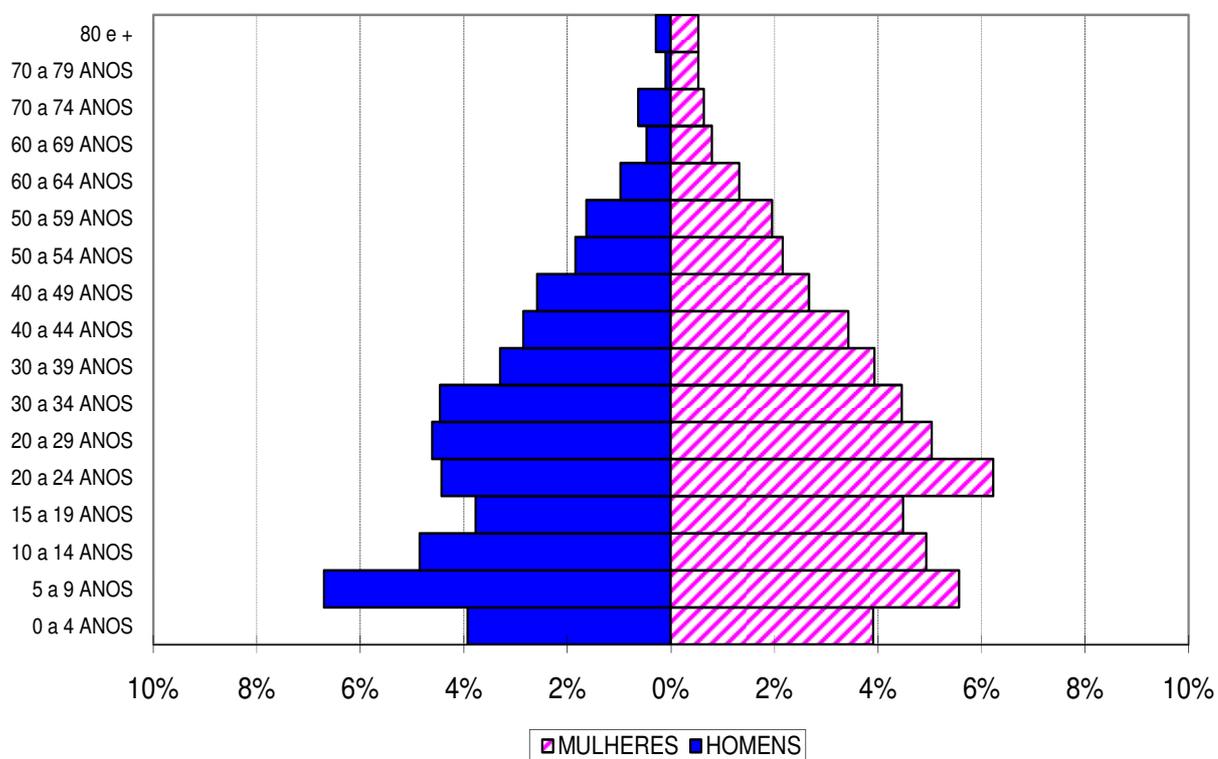
1. |__| Sim
2. |__| Não

81. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM AS AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DESENVOLVIDAS PELA SUA EQUIPE DE SAÚDE FAMÍLIA ?

1. |__| Muito satisfeita
2. |__| Satisfeita
3. |__| Pouco satisfeita
4. |__| Insatisfeita

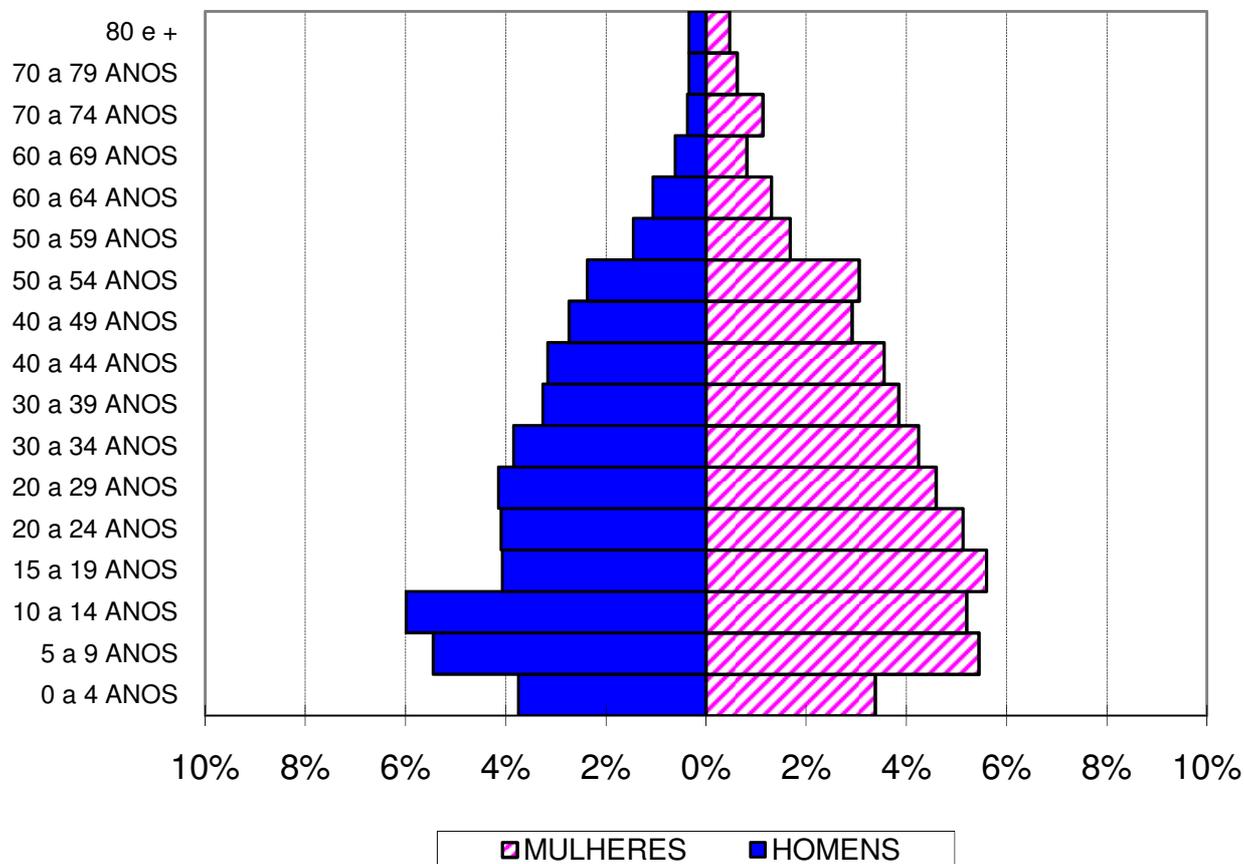
ANEXO 04 - PIRÂMIDES ETÁRIAS DAS COMUNIDADES DE MANGUINHOS

Anexo 4.1 - Pirâmide etária da comunidade de Parque Carlos Chagas Manguinhos – Rio de Janeiro - 2006



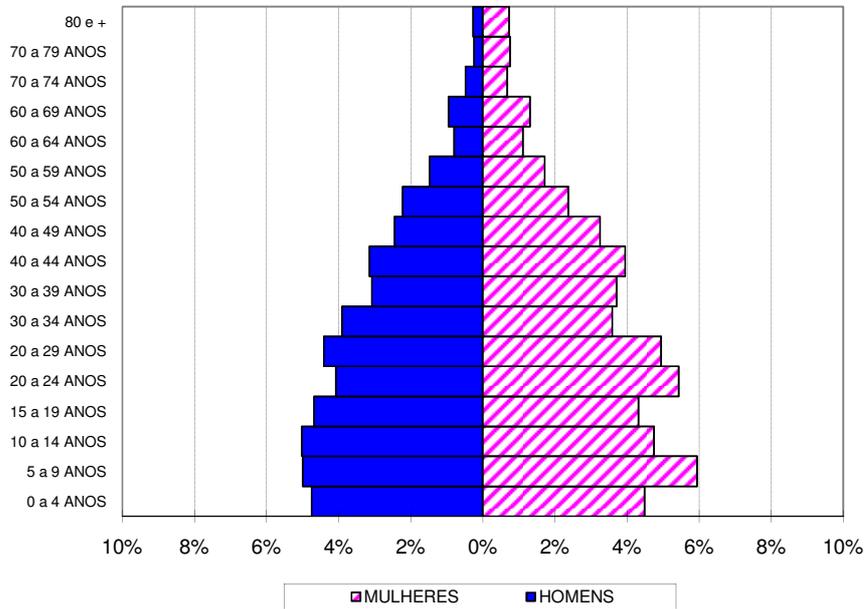
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da Ficha A do SIAB de outubro de 2006.

**Anexo 4.2 - Pirâmide etária da comunidade de CHP2
Manguinhos – Rio de Janeiro - 2006**



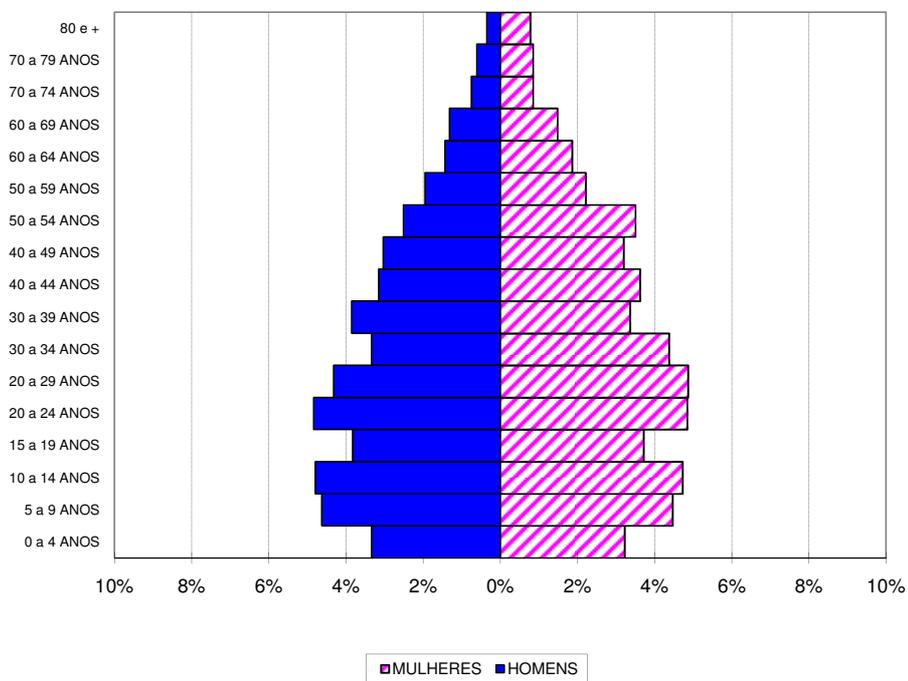
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da Ficha A do SIAB de outubro de 2006.

**Anexo 4.3 - Pirâmide etária da comunidade de Parque João Goulart
Manguinhos – Rio de Janeiro - 2006**



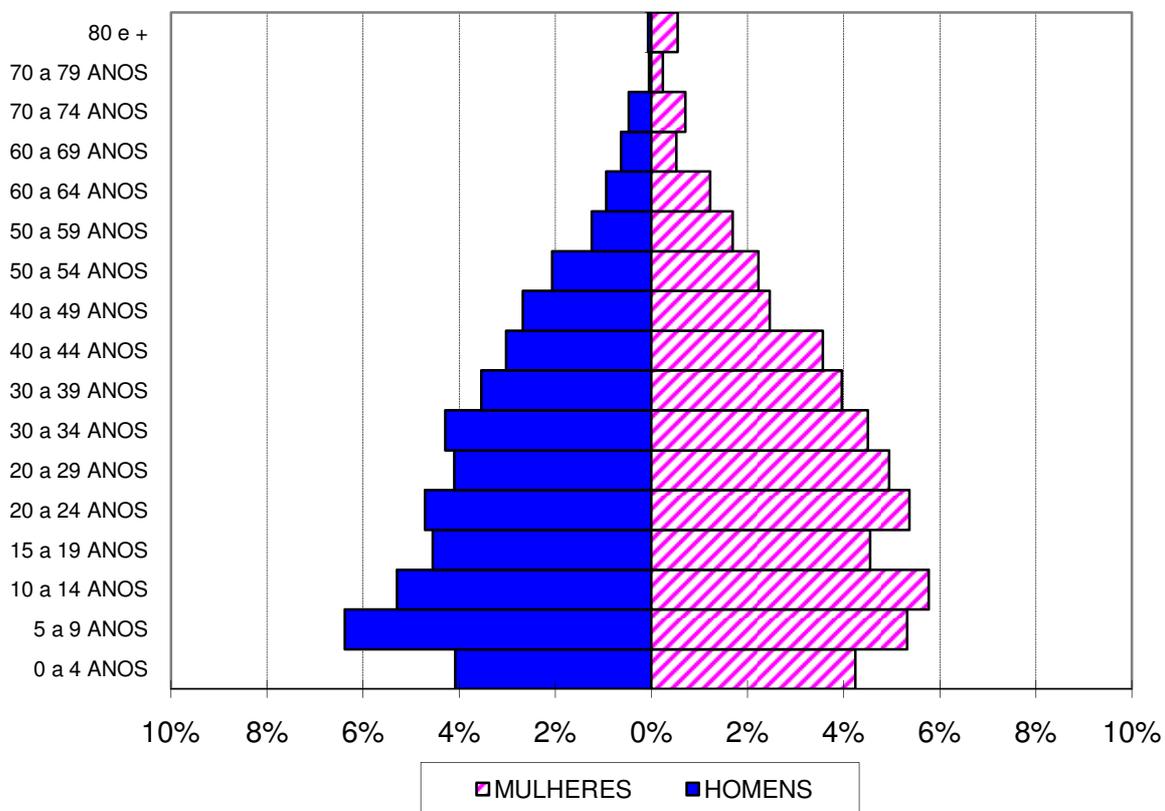
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da Ficha A do SIAB de outubro de 2006.

Anexo 4.4 - Pirâmide etária da comunidade de Monsenhor Brito Manguinhos – Rio de Janeiro - 2006



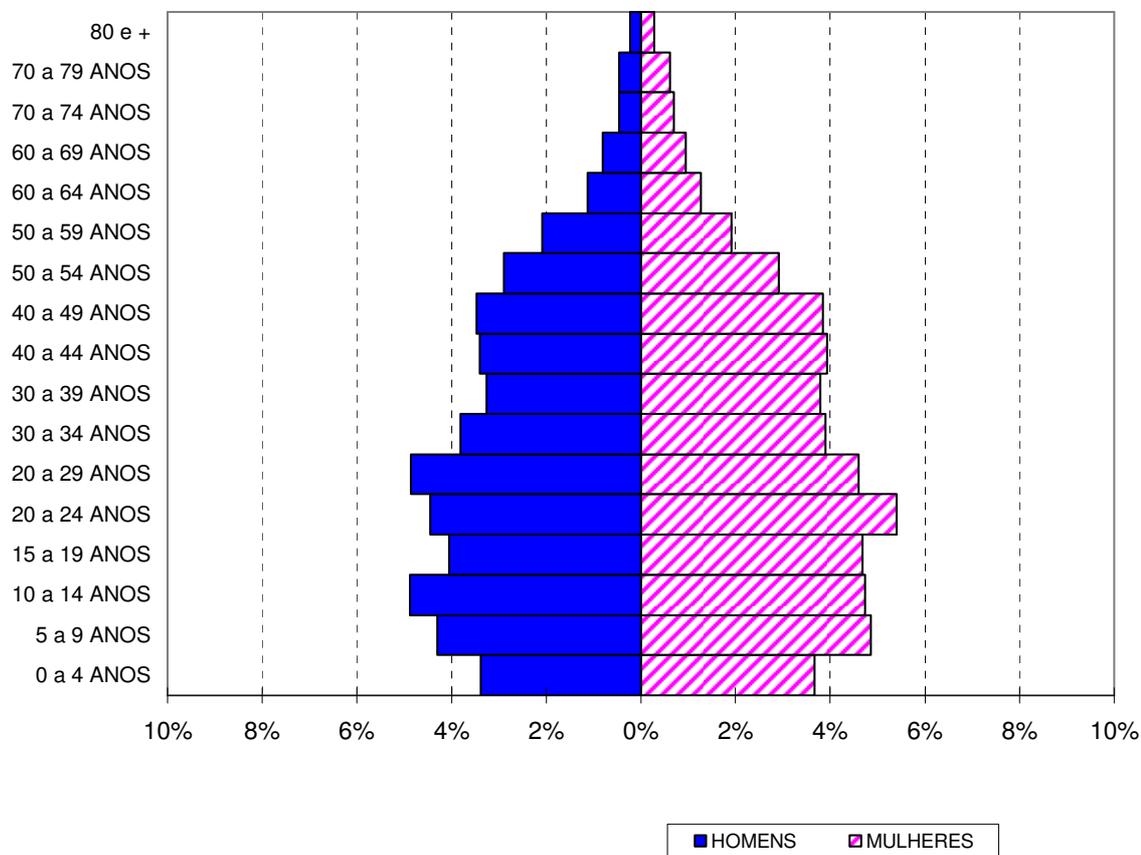
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da Ficha A do SIAB de outubro de 2006.

**Anexo 4.5 - Pirâmide etária da comunidade de Samora Marchel
Manguinhos – Rio de Janeiro - 2006**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da Ficha A do SIAB de outubro de 2006.

**Anexo 4.6 - Pirâmide etária da comunidade de Vila Turismo
Manguinhos – Rio de Janeiro - 2006**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da Ficha A do SIAB de outubro de 2006.

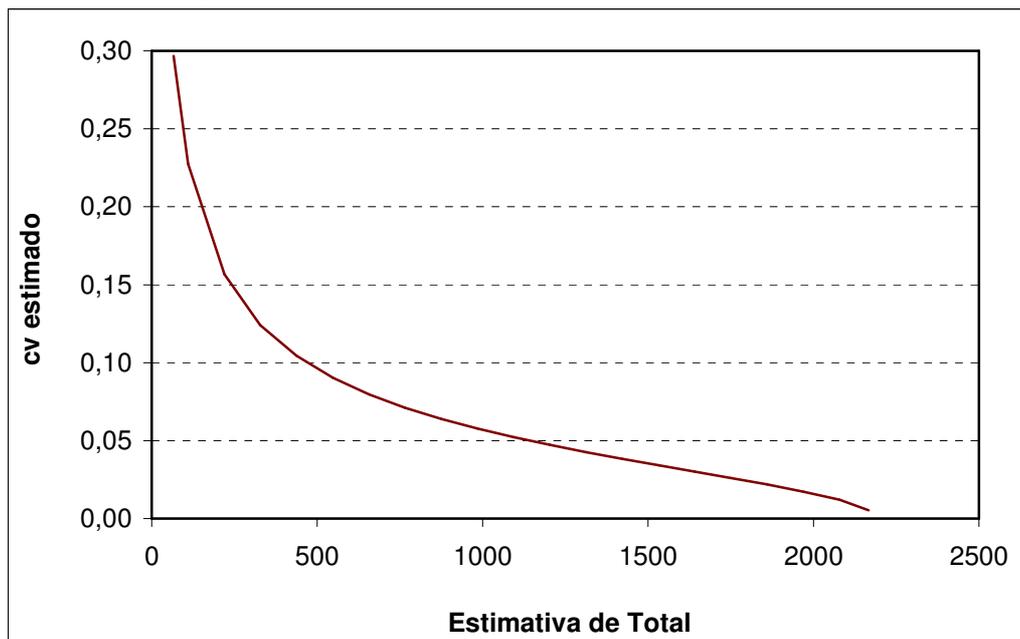
**ANEXO 5: ERROS DE AMOSTRAGEM PARA AS ESTIMATIVAS
DE TOTAL E PROPORÇÃO**

Erros absolutos e relativos para as estimativas de total Manguinhos - Rio de Janeiro – 2007 (n = 367, n = 2.188)

P	Total	DP(p)	DP(Total)	2*DP(Total)	Lim.inf	Lim.sup	CV
0,03	66	0,0089	19	39	27	105	0,2968
0,05	109	0,0114	25	50	60	159	0,2275
0,10	219	0,0157	34	69	150	287	0,1566
0,15	328	0,0186	41	82	247	410	0,1243
0,20	438	0,0209	46	91	346	529	0,1044
0,25	547	0,0226	49	99	448	646	0,0904
0,30	656	0,0239	52	105	552	761	0,0797
0,35	766	0,0249	54	109	657	875	0,0711
0,40	875	0,0256	56	112	763	987	0,0639
0,45	985	0,0260	57	114	871	1098	0,0577
0,50	1094	0,0261	57	114	980	1208	0,0522
0,55	1203	0,0260	57	114	1090	1317	0,0472
0,60	1313	0,0256	56	112	1201	1425	0,0426
0,65	1422	0,0249	54	109	1313	1531	0,0383
0,70	1532	0,0239	52	105	1427	1636	0,0342
0,75	1641	0,0226	49	99	1542	1740	0,0301
0,80	1750	0,0209	46	91	1659	1842	0,0261
0,85	1860	0,0186	41	82	1778	1941	0,0219
0,90	1969	0,0157	34	69	1901	2038	0,0174
0,95	2079	0,0114	25	50	2029	2128	0,0120
0,99	2166	0,0052	11	23	2143	2189	0,0052

DP = desvio-padrão, Lim inf = limite inferior do intervalo de confiança calculado considerando-se alfa=95%, Lim sup = limite superior do intervalo de confiança calculado considerando-se alfa=95%. CV = coeficiente de variação, isto é, erro relativos de amostragem para as estimativas calculadas.

Erros absolutos e relativos para as estimativas de total Manguinhos - Rio de Janeiro – 2007 (n = 367, N = 2.188)

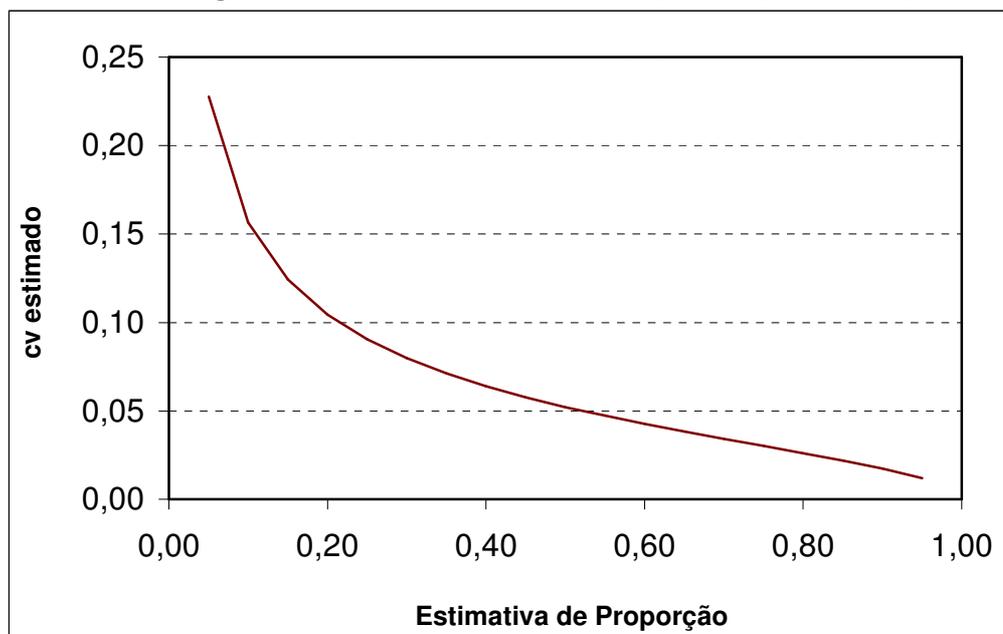


Fonte: Elaboração própria, a partir da amostra realizada e da população expandida.

**Erros absolutos e relativos para as estimativas de proporção - Mangunhos - Rio de Janeiro
- 2007 (n = 367, N = 2.188)**

p	DP(P)	2DP(P)	Lim.inf	Lim.sup	CV
0,05	0,0114	0,0228	0,0272	0,0728	0,2275
0,10	0,0157	0,0313	0,0687	0,1313	0,1566
0,15	0,0186	0,0373	0,1127	0,1873	0,1243
0,20	0,0209	0,0418	0,1582	0,2418	0,1044
0,25	0,0226	0,0452	0,2048	0,2952	0,0904
0,30	0,0239	0,0478	0,2522	0,3478	0,0797
0,35	0,0249	0,0498	0,3002	0,3998	0,0711
0,40	0,0256	0,0511	0,3489	0,4511	0,0639
0,45	0,0260	0,0519	0,3981	0,5019	0,0577
0,50	0,0261	0,0522	0,4478	0,5522	0,0522
0,55	0,0260	0,0519	0,4981	0,6019	0,0472
0,60	0,0256	0,0511	0,5489	0,6511	0,0426
0,65	0,0249	0,0498	0,6002	0,6998	0,0383
0,70	0,0239	0,0478	0,6522	0,7478	0,0342
0,75	0,0226	0,0452	0,7048	0,7952	0,0301
0,80	0,0209	0,0418	0,7582	0,8418	0,0261
0,85	0,0186	0,0373	0,8127	0,8873	0,0219
0,90	0,0157	0,0313	0,8687	0,9313	0,0174
0,95	0,0114	0,0228	0,9272	0,9728	0,0120

**Erros absolutos e relativos para as estimativas de total
Mangunhos - Rio de Janeiro - 2007 (n = 367, N = 2.188)**



Fonte: Elaboração própria, a partir da amostra realizada e da população expandida.

ANEXO 6 - NOTAS TÉCNICAS

ANEXO 6.2 - GERENCIADOR DE INFORMAÇÕES LOCAIS (GIL)

A partir dos microdados do Gerenciador de Informações Locais (GIL) disponível no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias / ENSP / Fiocruz é possível analisar a distribuição do número de consultas realizadas por médicos de família e ginecologistas, dois grupos de profissionais que atuam diretamente com ações de planejamento familiar. Na Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10), as consultas classificadas nesse grupo de ações encontram-se codificadas no Capítulo 21 – “*Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde*”, subgrupos Z30 (Anticoncepção) e Z31 (Medidas de procriação). Entretanto, rotineiramente, durante a realização de exames ginecológicos (código CID-10 = Z01.4) e durante a realização de exames especializados de rastreamento de neoplasia do colo útero (código CID-10 = Z12.4), os médicos também discutem com as mulheres questões associadas ao planejamento familiar. Por este motivo, estes dois tipos de consulta (códigos Z01.4 e Z12.4) também foram incluídos no grupo de consultas denominadas “consultas de planejamento familiar”.

A série histórica analisada considera o período de janeiro de 2005 a janeiro de 2008, isto é, um período de três anos. Conforme esperado, é possível observar grandes diferenças entre as proporções de consultas realizadas por médicos de família e ginecologistas, no que diz respeito a participação de consultas de planejamento familiar. No primeiro caso, a **mediana** é de 4,61% e no segundo caso, 42,90%. Isto significa que, em média, de cada 100 consultas realizadas por médicos de família de Manguinhos (todas as comunidades), cinco estavam relacionadas a ações de planejamento familiar. Para cada grupo de 100 consultas realizadas pelos ginecologistas, 42 estavam associadas a estas mesmas ações.

Tabela - Distribuição mensal das consultas realizadas por médicos de família e ginecologistas - Bairro de Manguinhos - Rio de Janeiro - janeiro/2005 - janeiro/2008

		Médicos de família			Ginecologistas		
Mês/ano		Nº de	Nº total de	consultas (%)	Nº de	Nº total de	consultas (%)
		consultas de planejamento familiar de médicos de família (a)			consultas realizadas por médicos de família (b)		
01	jan-05	28	1.298	2,2	56	130	43,1
02	fev-05	48	897	5,4	39	81	48,1
03	mar-05	70	2.249	3,1	50	139	36,0
04	abr-05	54	1.773	3,0	47	110	42,7
05	mai-05	49	2.003	2,4	65	142	45,8
06	jun-05	62	2.080	3,0	103	184	56,0
07	jul-05	63	1.871	3,4	55	124	44,4
08	ago-05	119	1.902	6,3	96	180	53,3
09	set-05	69	1.829	3,8	77	154	50,0
10	out-05	38	1.322	2,9	79	137	57,7
11	nov-05	72	1.545	4,7	69	149	46,3
12	dez-05	46	857	5,4	51	111	45,9
13	jan-06	67	924	7,3	29	74	39,2
14	fev-06	64	1.278	5,0	69	135	51,1
15	mar-06	86	1.753	4,9	67	149	45,0
16	abr-06	67	1.137	5,9	51	131	38,9
17	mai-06	49	1.053	4,7	87	166	52,4
18	jun-06	24	1.221	2,0	73	147	49,7
19	jul-06	34	1.539	2,2	55	117	47,0
20	ago-06	111	1.099	10,1	56	123	45,5
21	set-06	109	1.161	9,4	81	159	50,9
22	out-06	81	1.451	5,6	58	145	40,0
23	nov-06	21	625	3,4	1	21	4,8
24	dez-06	44	699	6,3	19	62	30,6
25	jan-07	41	979	4,2	41	127	32,3
26	fev-07	35	541	6,5	24	92	26,1
27	mar-07	125	968	12,9	33	134	24,6
28	abr-07	29	827	3,5	43	128	33,6
29	mai-07	21	721	2,9	49	153	32,0
30	jun-07	38	824	4,6	39	142	27,5
31	jul-07	57	1.452	3,9	48	159	30,2
32	ago-07	78	1.563	5,0	40	114	35,1
33	set-07	47	1.074	4,4	14	53	26,4
34	out-07	58	1.204	4,8	21	83	25,3
35	nov-07	48	1.026	4,7	52	95	54,7
36	dez-07	17	728	2,3	-	-	-
37	jan-08	25	1.338	1,9	12	50	24,0

Fonte: Microdados criticados do GIL, CSEGSF/ENSP/Fiocruz, fevereiro de 2008.

(*) Os códigos do CID-10 considerados foram: Z01.4 Exame ginecológico, Z12.4 Exame especial rastr de neoplasia colo útero, Z30 Anticoncepcao, Z30.0 Aconselhamento geral sobre contracepção, Z30.1 Insercao de disp anticoncepcional, Z30.2 Esterilizacao, Z30.3 Extracao menstrual, Z30.4 Supervisao uso medic anticoncepcionais, Z30.5 Supervisao de disp anticoncepcional, Z30.8 Outr proced anticoncepcional, Z30.9 Proced anticoncepcional NE, Z31 Medidas de procriação, Z31.0 Tuboplast vasoplast apos esteriliz previa, Z31.1 Inseminacao artificial, Z31.2 Fecundacao in vitro, Z31.3 Outr metodos assistidos de fertilização, Z31.4 Invest e testes c/relacao a procriação, Z31.5 Aconselhamento genético, Z31.6 Aconselhamento geral sobre a procriação, Z31.8 Outr medida espec de procriação, Z31.9 Medida procriativa NE.

Nota: A proporção mediana do número de consultas de planejamento familiar sobre o total de consultas em cada caso, foi de respectivamente: 4,61% para as consultas de médicos de família e 42,90% para os ginecologistas.

**ANEXO 7 - INDICADORES PROPOSTOS PARA
O INQUÉRITO DOMICILIAR**

INDICADOR 1.01: PROPORÇÃO DE MULHERES SATISFEITAS COM O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ESCOLHIDO.

Conceituação:

Nº total de mulheres satisfeitas que utilizam um método anticoncepcional sobre o total de mulheres que utilizam métodos anticoncepcionais.

Perguntas do questionário:

Variável 23 = 1 (‘muito satisfeita’) e Variável 20 = 1 (‘sim’)

Método de cálculo:

Nº total de mulheres em idade fértil que afirmaram estar “muito satisfeitas” com a utilização do método anticoncepcional escolhido / nº total de mulheres que utilizam método anticoncepcional

INDICADOR 1.02: PROPORÇÃO DE GESTAÇÕES PLANEJADAS

Conceituação:

Nº total de gestações planejadas dividido pelo total de gestações, considerando-se as três últimas gestações

Perguntas do questionário:

Variável 64 = 1 (‘sim’) e Variável 64 = 1+2 (‘sim’ + ‘não’)

Método de cálculo:

Nº total de gestações planejadas / nº total de gestações (considerando-se até três gestações)

INDICADOR 1.03: PROPORÇÃO DE GESTAÇÕES INDESEJADAS

Conceituação:

Nº total de gestações indesejadas dividido pelo total de gestações, considerando-se as três últimas gestações

Perguntas do questionário:

Variável 65 = 1 (‘não’) e Variável 65 = 1+2 (‘sim’ + ‘não’)

Método de cálculo:

Nº total de gestações indesejadas / nº total de gestações (considerando-se até três gestações)

INDICADOR 1.04: PROPORÇÃO DE ABORTOS PROVOCADOS

Conceituação: Nº total de abortos provocados dividido pelo total de gestações

Perguntas do questionário: Variável Σ 73 (‘número de abortos provocados’) e Variável Σ 61

Método de cálculo: Nº total de abortos provocados / nº total de gestações

INDICADOR 1.05: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE UTILIZAM MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Conceituação: N° total de mulheres que utilizam pelo menos um método anticoncepcional dividido pelo total de mulheres

Perguntas do questionário: Variável 20 ('sim') e Variável 20 = 1+2 ('sim' + 'não')

Método de cálculo: N° total de mulheres que utilizam pelo menos um método anticoncepcional / n° total de mulheres entrevistadas

INDICADOR 1.06: PROPORÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES

Conceituação: N° total de mulheres menores de 20 anos com pelo menos um filho, dividido pelo total de mulheres que possuem filhos

Perguntas do questionário: Variável 1 ('< 20 anos') e Variável 62 = ('>=1')

Método de cálculo:

N° total de mulheres menores de 20 anos com pelo menos um filho nascido vivo / n° total de mulheres com pelo menos um filho nascido vivo

INDICADOR 1.07: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE REFERIRAM DEIXAR DE ESTUDAR POR MOTIVO DE GRAVIDEZ

Conceituação: N° total de mulheres que ficaram deixaram de estudar por terem engravidado entre as mulheres que tiveram pelo menos uma gestação.

Perguntas do questionário: Variável 4 ('ficou grávida') e Variável 61 ('>0')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que deixaram de estudar e ficaram grávidas / n° total de mulheres que tiveram pelo menos uma gestação.

INDICADOR 1.08: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE REALIZARAM PELO MENOS UMA CONSULTA ANTES DE UTILIZAR O MÉTODO

Conceituação: N° total de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta antes do início da utilização de um determinado método anticoncepcional.

Interpretação: Expressa o percentual de mulheres com acompanhamento para o início do método.

Perguntas do questionário: Variável 24 ('sim'), Variável 20 = ('sim')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta antes de utilizar um método anticoncepcional / n° total de mulheres que utilizam pelo menos um método anticoncepcional.

INDICADOR 1.09: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE REALIZAM CONSULTAS SEMESTRAIS DE ACOMPANHAMENTO DE ANTICONCEPCIONAL ORAL

Conceituação: N° total de mulheres que realizaram consultas semestrais de acompanhamento de anticoncepcional oral.

Perguntas do questionário: Variável 30 ('todo mês' + 'de três em três meses' + 'de seis em seis meses'), Variável 28 = ('sim')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que utilizam anticoncepcional oral e realizam pelo menos uma consulta semestral para acompanhamento / n° total de mulheres que utilizam anticoncepcional oral.

INDICADOR 1.10: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE REALIZARAM LAQUEADURA POR VONTADE PRÓPRIA

Conceituação: N° total de mulheres que realizaram laqueadura tubária por vontade própria, entre aquelas mulheres laqueadas.

Perguntas do questionário: Variável 36 ('sim'), Variável 34 = ('sim')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que realizaram laqueadura tubária por vontade própria / n° total de mulheres que realizaram laqueadura tubária.

INDICADOR 1.11: PROPORÇÃO DE MULHERES LAQUEADAS MENORES DE VINTE E CINCO ANOS

Conceituação: N° total de mulheres menores de 25 anos, entre aquelas mulheres laqueadas.

Perguntas do questionário: Variável 40 (< 25 anos'), Variável 34 ('sim')

Método de cálculo: N° total de mulheres laqueadas menores de 25 anos / n° total de mulheres laqueadas.

INDICADOR 1.12: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE PARTICIPARAM DE ALGUM GRUPO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR ANTES DA LAQUEADURA

Conceituação: N° total de mulheres que participaram de grupo de planejamento familiar na unidade de saúde antes de realizar a laqueadura tubária.

Perguntas do questionário: Variável 38 ('sim'), Variável 34 = ('sim')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que participaram de algum grupo de orientação sobre planejamento familiar na unidade de saúde / n° total de mulheres laqueadas.

INDICADOR 1.13: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE REALIZARAM LAQUEADURA INTRAPARTO

Conceituação: N° total de mulheres que realizaram laqueadura tubária no momento do parto.

Perguntas do questionário: Variável 35 ('no momento do parto'), Variável 34 = ('sim')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que realizaram laqueadura no momento do parto / n° total de mulheres laqueadas.

INDICADOR 1.14: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE REALIZAM CONSULTAS SEMESTRAIS DE ACOMPANHAMENTO DO MÉTODO DIU

Conceituação: N° total de mulheres que realizaram consultas semestrais de acompanhamento do método DIU.

Perguntas do questionário: Variável 52 ('todo mês' + 'de três em três meses' + 'de seis em seis meses'), Variável 46 = ('sim')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que utilizam o método DIU e realizam consulta para acompanhamento pelo menos semestral / n° total de mulheres que utilizam o método DIU.

INDICADOR 1.15: PROPORÇÃO DE MULHERES CUJOS PARCEIROS UTILIZAM CAMISINHA EM TODAS AS RELAÇÕES

Conceituação: N° total de mulheres cujos parceiros utilizam camisinha em todas as relações sexuais.

Perguntas do questionário: Variável 56 ('em todas as relações'), Variável 55 = ('sim')

Método de cálculo:

N° total de mulheres cujos parceiros utilizam camisinha em todas as relações sexuais / n° total de mulheres cujos parceiros usam camisinhas nas relações sexuais.

INDICADOR 1.16: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE PENSARAM EM ABORTAR PELO MENOS UM DOS FILHOS

Conceituação:

N° total de mulheres que pensaram em realizar um aborto, entre o total de mulheres entrevistadas.

Perguntas do questionário: Variável 66 ('sim', em pelo menos um dos filhos nascidos vivos), Variável 62 = ('> 0')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que em algum momento da gravidez pensou em abortar / n° total de gestações.

INDICADOR 1.17: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE TENTARAM UTILIZAR ALGUM MÉTODO ABORTIVO EM PELO MENOS UMA DAS GESTAÇÕES

Conceituação: N° total de mulheres que tentaram utilizar algum método abortivo em uma de suas gestações, em relação ao total de gestações.

Perguntas do questionário: Variável 67 ('sim', em pelo menos um dos filhos nascidos vivos), Variável 61 = ('> 0')

Método de cálculo:

N° total de mulheres que tentou utilizar algum método abortivo em pelo menos uma das três últimas gestações / n° total de gestações.

INDICADOR 1.18: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE JÁ PARTICIPARAM DE ALGUM GRUPO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE DE SAÚDE DE SUA COMUNIDADE

Conceituação:

Nº total de mulheres que já participaram de grupo de planejamento familiar, entre as mulheres cadastradas na unidade de saúde.

Perguntas do questionário: Variável 81 ('sim'), Variável 81 = ('sim' + 'não')

Método de cálculo:

Nº total de mulheres em idade fértil que já participaram de alguma atividade de grupo de planejamento familiar / nº total de mulheres em idade fértil cadastradas na unidade de saúde.

INDICADOR 1.19: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE UTILIZAM MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS COM CONTRA INDICAÇÃO CLÍNICA

Conceituação: Nº total de mulheres que utilizam métodos anticoncepcionais com contra-indicação médica.

Perguntas do questionário:

Regra anticoncepcionais hormonais

Variável 21 ('Pílula' + 'Injeção', então em pelo menos uma das variáveis 8,9,10,11,17,18 = ('sim'))

Para o DIU:

Variável 21 ('DIU'), então, Variável 13,14,15 = ('sim') e Variável 16 ('>1')

Para laqueadura:

Variável 21 ('Laqueadura'), então, Variável 1 ('<25 anos') ou Variável 62 ('<3 filhos')

Método de cálculo:

Nº total de mulheres que utilizam pelo menos um método anticoncepcional com contra-indicação clínica / nº total de mulheres que utilizam pelo menos um método anticoncepcional.

INDICADOR 1.20: NÍVEL DE SATISFAÇÃO DAS USUÁRIAS COM AS AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DA UNIDADE DE SAÚDE

Conceituação:

Nº total de mulheres satisfeitas com as ações de planejamento familiar desenvolvidas pela unidade de saúde.

Perguntas do questionário: Variável 80 ('muito satisfeita'), Variável 81 = ('sim')

Método de cálculo:

Nº total de mulheres muito satisfeitas com as ações de planejamento familiar desenvolvidas pela unidade de saúde / nº total de mulheres entrevistadas.

INDICADOR 1.21: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE POSSUEM PLANO DE SAÚDE

Conceituação:

Nº total de mulheres em idade fértil que possuem planos de saúde, entre as mulheres em idade fértil cadastradas nas unidades de saúde.

Perguntas do questionário: Variável 5 ('sim'), Variável 5 = ('sim' + 'não')

Método de cálculo:

Nº total de mulheres em idade fértil que possuem plano de saúde / nº total de mulheres em idade fértil cadastradas nas unidades de saúde.

INDICADOR 1.22: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE REALIZARAM COLPOCITOLÓGICO NO ÚLTIMO ANO

Conceituação: Numero de mulheres que realizaram colpocitológico nos últimos dois anos pelo total de mulheres em idade fértil

Perguntas do questionário: Variável 19.3 ('sim'), Variável 19.3.2 = ('no último ano')

Método de cálculo:

Nº total de mulheres que realizaram colpocitológico no último ano / nº total de mulheres entrevistadas.

INDICADOR 1.23: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE PAGARAM PARA REALIZAR O COLPOCITOLÓGICO NO ÚLTIMO ANO

Conceituação: Numero de mulheres que pagaram para realizar colpocitológico pelo total de mulheres que realizaram o exame.

Perguntas do questionário: Variável 19.3 ('sim'), Variável 19.3.2 = ('no último ano'), Variável 19.3.3 = ('sim, com dinheiro do próprio bolso')

Método de cálculo:

Nº total de mulheres que pagaram para realizar o colpocitológico nos últimos dois anos / nº total de mulheres que realizaram o exame.

INDICADOR 1.24: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE PAGARAM PELA CONSULTA MÉDICA ANTES DO INÍCIO DE UTILIZAÇÃO DO MÉTODO

Conceituação: Número de mulheres que pagaram pela consulta médica antes do início de utilização do método

Perguntas do questionário: Variável 20 ('sim'), Variável 24 = ('sim'), Variável 25 = ('sim, com dinheiro do próprio bolso')

Método de cálculo:

Nº total de mulheres que pagaram pela consulta médica antes do início da utilização de um método anticoncepcional / nº total de mulheres que utilizam método anticoncepcional.

INDICADOR 1.25: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE SEMPRE CONSEGUIRAM OBTER O ANTICONCEPCIONAL ORAL NA UNIDADE

Conceituação:

Numero de mulheres que sempre conseguiram obter o anticoncepcional oral na unidade de saúde pelo total de mulheres que utilizam anticoncepcional oral

Perguntas do questionário: Variável 28 ('sim'), Variável 29 = ('sempre')

Método de cálculo:

Numero de mulheres que sempre conseguiram obter o anticoncepcional oral na unidade de saúde / nº total de mulheres que utilizavam anticoncepcional oral.

INDICADOR 1.26: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE PAGARAM PELA LAQUEADURA

Conceituação:

Numero de mulheres que pagaram do próprio bolso pela laqueadura pelo nº total de mulheres que realizaram laqueadura.

Perguntas do questionário: Variável 34 ('sim'), Variável 37 = ('sim, com dinheiro do próprio bolso')

Método de cálculo:

Numero de mulheres que pagaram do próprio bolso pela laqueadura/ nº total de mulheres realizaram laqueadura.

INDICADOR 1.27: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE DESEJAM REALIZAR LAQUEADURA TUBÁRIA

Conceituação: Número de mulheres que desejam realizar laqueadura tubária sobre o total de mulheres entrevistadas.

Perguntas do questionário: Variável 34 ('não'), Variável 41 = ('sim')

Método de cálculo:

Nº de mulheres que desejam realizar laqueadura tubária / nº total de mulheres entrevistadas.

INDICADOR 1.28: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE PAGARAM PELA ULTRASSONOGRAFIA APÓS A COLOCAÇÃO DO DIU

Conceituação: Número de mulheres que pagaram pela ultrassonografia após a colocação do DIU pelo número de mulheres que colocaram DIU

Perguntas do questionário: Variável 46 ('sim'), Variável 50 = ('sim'), Variável 51 = ('sim, com dinheiro do próprio bolso').

Método de cálculo:

Número de mulheres que pagaram pela ultrassonografia após a colocação do DIU / número de mulheres que colocaram DIU

INDICADOR 1.29: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE DESEJAM COLOCAR DIU

Conceituação: Número de mulheres que desejam colocar DIU pelo total de mulheres

Perguntas do questionário: Variável 46 ('não'), Variável 53 = ('sim')

Método de cálculo:

Numero de mulheres que desejam colocar DIU / número total de mulheres

INDICADOR 1.30: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE PAGARAM PARA A COLOCAÇÃO DO DIU

Conceituação: Número de mulheres que pagaram para a colocação do DIU sobre o número total de mulheres usuárias de DIU

Perguntas do questionário: Variável 46 ('sim'), Variável 49 = ('sim, com dinheiro do próprio bolso')

Método de cálculo:

Número de mulheres que pagaram para a colocação do DIU / número de mulheres que utilizam / utilizaram DIU

INDICADOR 1.31: PROPORÇÃO DE MULHERES QUE SEMPRE CONSEGUAM PEGAR GRATUITAMENTE CAMISINHAS NA UNIDADE DE SAÚDE

Conceituação: Número de mulheres que sempre conseguiram obter gratuitamente camisinhas na unidade de saúde, sobre o total de mulheres, cujos parceiros utilizam preservativos.

Perguntas do questionário: Variável 55 ('sim'), Variável 57 = ('sempre')

Método de cálculo:

Nº de mulheres que sempre conseguiram obter gratuitamente camisinhas na unidade de saúde / nº total de mulheres, cujos parceiros utilizam preservativos.

ANEXO 8 - BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE

(Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/banco/>)

1º passo: Acessar o link: <http://dtr2001.saude.gov.br/banco/>

Banco de Preços em Saúde - Microsoft Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço <http://dtr2001.saude.gov.br/banco/>

Google Banco de Preços em Saúde OK

Ministério da Saúde
Secretaria de
Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

[A Secretaria](#) | [DECIT](#) | [DAF](#) | [DES](#) | [Consultas Públicas](#) | [Softwares](#)

Banco de Preços - BPS

Banco de Preços em Saúde- BPS

Aqui você encontra informações atualizadas para comparação de preços de medicamentos, material médico-hospitalar e gases medicinais. O BPS funciona como um instrumento regulador de mercado, significando uma evolução expressiva na visibilidade das ações e informações, principalmente do Sistema Único de Saúde (SUS), e serve como ferramenta para melhorar a gestão de compras de produtos básicos da área de saúde.

Ministério da Saúde

Ministério da Saúde

- CONSULTA AO BANCO DE PREÇOS**
- INFORMAÇÕES SOBRE O BPS**
 - Conceito e Histórico
 - Credenciamento
 - Equipe Responsável
- LEGISLAÇÃO**
 - Decretos
 - Leis
 - Medidas Provisórias
 - Portarias
 - Resoluções
- LINKS**
 - Órgãos do Ministério da Saúde
 - Organismos Internacionais

2º passo: Selecionar a opção: “Consulta ao Banco de Preços”, no canto superior esquerdo da tela e depois o botão “Entrar”

Banco de Preços em Saúde - Microsoft Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço <http://dtr2001.saude.gov.br/banco/>

Google Banco de Preços em Saúde OK 55 bloqueado Verificar Enviar para

Ministério da Saúde
Secretaria de
Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

A Secretaria | DECIT | DAF | DES | Consultas Publicas | Softwares

Banco de Preços - BPS

Ministério da Saúde
Banco de Preços em Saúde

CONSULTA AO BANCO DE PREÇOS

INFORMAÇÕES SOBRE O BPS
Conceito e Histórico
Credenciamento
Equipe Responsável

LEGISLAÇÃO
Decretos
Leis
Medidas Provisórias
Portarias
Resoluções

LINKS
Órgãos do Ministério da Saúde
Órganismos Internacionais

Consulta ao Banco de Preços

Idioma: Português ▾

Moeda: Real ▾

País: Brasil ▾

Sub-sistema: BPS ▾

Entrar

3º passo: A tela que aparece após seguir os passos 1 e 2, permite selecionar filtros diferentes para fazer a consulta aos preços. Por exemplo, no “Tipo de Item” = “Medicamento”;; “UF” = “Todas”, “Especialidade” = “Materno-Infantil” , obtém-se uma listagem em ordem alfabética de todos os medicamentos que possuem preços disponíveis.

Ministério
da Saúde

**Banco de Preços
em Saúde**

Consulta ao Banco de Preços

Consulta Pública ▲	
Consulta Geral	* Letras em Verde, Indicam Medicamento Genérico Aprovado.
Consulta por Itens	Tipo de Item: <input checked="" type="radio"/> Medicamentos
Fabricantes	<input type="radio"/> Material Médico Hospitalar
Fornecedores	<input type="radio"/> Gases Medicinais
Instituições	<input type="radio"/> Nutrição - Alimentação
Países	<input type="radio"/> Serviços
	Seleção: <input checked="" type="radio"/> por Item
	<input type="radio"/> por Classificação
	<input type="radio"/> por Instituição
	<input type="radio"/> Itens para imprimir (por código)
	<input type="radio"/> Itens para imprimir (por descrição)
	<input type="radio"/> Relatório com Vlr. Mínimo/Máximo
	Refine sua consulta por: ?
UF:	<input type="text" value="Todas"/> <input type="button" value="v"/> Especialidade: <input type="text" value="Materno Infantil"/> <input type="button" value="v"/>
	<input type="button" value="Pesquisar"/> <input type="button" value="Restaurar"/>

Versão 7.1

4º passo: A partir da listagem em ordem alfabética é possível buscar os nomes dos medicamentos que deseja. Por exemplo pela busca na letra “E”, o medicamento “Etinilestradiol +Levonorgestrel ” pode ser encontrado. Nesse caso, existe uma compra no estado do Paraná, cujo preço unitário em 2007 foi de R\$ 0,89. Este preço foi considerado para este método anticoncepcional nos cálculos das estimativas realizadas no estudo.

Ministério da Saúde

Banco de Preços em Saúde

Consulta Pública ▲ Medicamentos - 1.1540 - Etinilestradiol +Levonorgestrel 0,05 mg+ 0,25mg Blister Calendário 21comprimidos (Blister)

Consulta Geral

Consulta por Itens

Fabricantes

Fornecedores

Instituições

Países

* Indica Instituição do Ministério da Saúde

Filtro: UF = Todas Especialidade = Materno Infantil

Instituições	Compras mais recentes						
	Data	Periodo	Qtde.	Preço Unit.	% Comp	Modalidade	Nome Comercial
Consórcio Paraná - 384 Municípios / PR - BRA	12/03/2007	12	160.000	0,8900	0,00	PRG	Normamor
Consórcio Paraná - 384 Municípios / PR - BRA	12/03/2007	12	160000	0,8900	0,00	PRG	Normamor

Versão 7.1

[Retornar](#) [Detalhamento](#) [Nova Consulta](#)

**ANEXO 09 – ESTIMATIVAS DE CUSTOS PARA A LINHA DE CUIDADO DAS AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
(DE ACORDO COM A FIGURA 8.1) PARA DIVERSOS AGLOMERADOS SUBNORMAIS TÍPICOS
CONSIDERANDO DADOS PROJETADOS PARA O ANO DE 2007**

9.1 - COMUNIDADES COBERTAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO

9.2 – MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

9.3 – BRASIL

9.1a - COMUNIDADES COBERTAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO - 2007
Planilha de estimativa da necessidade atual (cobertura inicial de 100%) de métodos anticoncepcionais para a população feminina

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de ações de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25%, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [C x I] + [E x F] + [L x M], (O) Custo por mulher / ano (R\$)														
A	B	C (R\$)	D	E (R\$)	F	G (%)	H (%)	I	J	K	L	M (R\$)	N (R\$)	O (R\$)
Pílula					1.177	100,0%	12,9%	1.177		15.183	18.979	-	45.812,90	38,92
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	1.059	100,0%	11,6%	1.059	13	13.767	17.209	0,89	36.425,06	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	118	100,0%	1,3%	118	12	1.416	1770	3,98	9.387,84	79,56
Condom masculino	1 (*)	0,98	1	0,43	5.465	100,0%	60,1%	5.465	216	1.180.440	1.475.550	0,18	271.818,17	49,74
DIU	2	13,00	1	0,43	836	100,0%	9,2%	836	0,25	209	261	30,00	19.059,99	22,80
Injeção trimestral	3	19,50	1	0,43	125	100,0%	1,4%	125	4	500	625	7,34	7.078,81	56,63
Diafragma + geléia espermicida	2	13,00	1	0,43	46	100,0%	0,5%	46	3,5	161	201	36,72	7.998,64	173,88
Implante hormonal	1	6,50	1	0,43	46	100,0%	0,5%	46	0,33	15	19	300,00	6.018,92	130,85
Métodos naturais	1 (*)	0,98	1	0,43	116	100,0%	1,3%	116	0	0	0	0,00	163,33	1,41
Vasectomia (**)	1	6,50	3	1,30	58	100,0%	0,6%	58	1	58	73	225,34	16.902,48	23,31
Laqueadura (**)	3	19,50	3	1,30	1.256	100,0%	13,8%	1.256	1	1.256	1.256	580,51	755.244,10	48,10
Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/5.898)													1.130.097,34	191,62
Custo para mulheres em idade fértil (N/9.100)														124,19

Fonte: Elaboração adaptada a partir de Brasil (2002). Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 80p.

Nota 1: Os custos unitários foram extraídos a partir das médias observadas no Banco de Preços em Saúde, disponível em: <http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>, acessado em 17 de janeiro de 2008.

Nota 2: No caso do DIU, o custo unitário foi estimado a partir de um pregão eletrônico da Secretaria Municipal de Administração de Florianópolis, que o adquiriu a um custo unitário de R\$30,00 (em um compra de 400 unidades, isto é, semelhante a necessidade estimada no Quadro), para maiores detalhes ver o link "Relatório Final", em <http://wbc.pmf.sc.gov.br/WBCc066.asp?OC=974&tipo=>

(*) Uma consulta para mulheres de 15 a 19 anos. (**) Com indicação clínica e de acordo com a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Neste caso, não tem sentido estimar o estoque de segurança de 25%. Além disso, o custo médio por mulher/ano foi dividido por 12,5 anos, que corresponde ao tempo médio de atuação do método (diferença entre 49 anos e 25 anos / 2).

(***) Os percentuais não somam 100,0% devido ao fato de que, entre as mulheres que não desejam mais filhos no momento da entrevista, muitas delas utilizam ou desejariam utilizar mais de um método associado.

9.1b - COMUNIDADES COBERTAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO - 2007

Planilha de estimativa da necessidade anual para manutenção dos métodos anticoncepcionais para a população feminina

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de ações de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25%, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [CxI]+ [ExF] + [LxM], (O) Custo por mulher / ano (R\$)														
A	B	C (R\$)	D	E (R\$)	F	G (%)	H (%)	I	J	K	L	M (R\$)	N (R\$)	O (R\$)
Pílula					1.177	100,0%	12,9%	1.177		15.183	18.979	-	45.812,90	38,92
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	1.059	100,0%	11,6%	1.059	13	13.767	17.209	0,89	36.425,06	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	118	100,0%	1,3%	118	12	1.416	1770	3,98	9.387,84	79,56
Condom masculino	1 (*)	0,98	1	0,43	5.465	100,0%	60,1%	5.465	216	1.180.440	1.475.550	0,18	271.818,17	49,74
DIU	2	13,00	1	0,43	83	100,0%	0,9%	83	0,25	21	26	30,00	1.894,94	22,83
Injeção trimestral	3	19,50	1	0,43	125	100,0%	1,4%	125	4	500	625	7,34	7.078,81	56,63
Diafragma + geléia espermicida	2	13,00	1	0,43	46	100,0%	0,5%	46	3,5	161	201	36,72	7.998,64	173,88
Implante hormonal	1	6,50	1	0,43	46	100,0%	0,5%	46	0,33	15	19	300,00	6.018,92	130,85
Métodos naturais	1 (*)	0,98	1	0,43	116	100,0%	1,3%	116	0	0	0	0,00	163,33	1,41
Subtotal - nível primário								7.058					340.785,71	48,28
Vasectomia (**)	1	6,50	3	1,30	58	100,0%	0,6%	58	1	58	73	225,34	16.902,48	23,31
Laqueadura (**)	3	19,50	3	1,30	112	100,0%	1,2%	112	1	112	112	580,51	67.346,61	48,10
Subtotal - nível terciário								170					84.249,09	39,65
Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/5.898)													425.034,80	91,57
Custo para mulheres em idade fértil (N/9.100)														46,71

Fonte: Elaboração adaptada a partir de Brasil (2002). Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 80p.

Nota 1: Os custos unitários foram extraídos a partir das médias observadas no Banco de Preços em Saúde, disponível em: <http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>, acessado em 17 de janeiro de 2008.

Nota 2: No caso do DIU, o custo unitário foi estimado a partir de um pregão eletrônico da Secretaria Municipal de Administração de Florianópolis, que o adquiriu a um custo unitário de R\$30,00 (em um compra de 400 unidades, isto é, semelhante a necessidade estimada no Quadro), para maiores detalhes ver o link "Relatório Final", em <http://wbc.pmf.sc.gov.br/WBCc066.asp?OC=974&tipo=>

(*) Uma consulta para mulheres de 15 a 19 anos. (**) Com indicação clínica e de acordo com a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Neste caso, não tem sentido estimar o estoque de segurança de 25%. Além disso, o custo médio por mulher/ano foi dividido por 12,5 anos, que corresponde ao tempo médio de atuação do método (diferença entre 49 anos e 25 anos / 2).

(***) Os percentuais não somam 100,0% devido ao fato de que, entre as mulheres que não desejam mais filhos no momento da entrevista, muitas delas utilizam ou desejariam utilizar mais de um método associado.

9.2a – ÁREAS DE AGLOMERADOS SUBNORMAIS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 2007

Planilha de estimativa da necessidade atual (cobertura inicial de 100%) de métodos anticoncepcionais para a população feminina

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de ações de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25%, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [C x I] + [E x F] + [L x M], (O) Custo por mulher / ano (R\$)														
A	B	C (R\$)	D	E (R\$)	F	G (%)	H (%)	I	J	K	L	M (R\$)	N (R\$)	O (R\$)
Pílula					49.195	100,0%	12,9%	49.196		634.628	793.285	-	1.914.320,52	38,91
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	44.276	100,0%	11,6%	44.276	13	575.588	719.485	0,89	1.522.895,16	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	4.920	100,0%	1,3%	4.920	12	59.040	73800	3,98	391.425,36	79,56
Condom masculino	1 (*)	0,98	1	0,43	228.416	100,0%	60,1%	228.416	216	49.337.856	61.672.320	0,18	11.360.955,01	49,74
DIU	2	13,00	1	0,43	34.940	100,0%	9,2%	34.940	0,25	8.735	10.919	30,00	796.919,02	22,81
Injeção trimestral	3	19,50	1	0,43	5.215	100,0%	1,4%	5.215	4	20.860	26.075	7,34	295.328,06	56,63
Diafragma + geléia espermicida	2	13,00	1	0,43	1.912	100,0%	0,5%	1.912	3,5	6.692	8.365	36,72	332.846,70	174,08
Implante hormonal	1	6,50	1	0,43	1.912	100,0%	0,5%	1.912	0,33	631	789	300,00	249.955,90	130,73
Métodos naturais	1 (*)	0,98	1	0,43	4.867	100,0%	1,3%	4.867	0	0	0	0,00	6.852,74	1,41
Vasectomia (**)	1	6,50	3	1,30	2.434	100,0%	0,6%	2.434	1	2.434	3.043	225,34	704.705,76	23,16
Laqueadura (**)	3	19,50	3	1,30	52.497	100,0%	13,8%	52.497	1	52.497	52.497	580,51	31.566.918,57	48,10
Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/ 246.494)													47.228.802,27	191,60
Custo para mulheres em idade fértil (N/ 380.345)														124,17

Fonte: Elaboração adaptada a partir de Brasil (2002). Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 80p.

Nota 1: Os custos unitários foram extraídos a partir das médias observadas no Banco de Preços em Saúde, disponível em: <http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>, acessado em 17 de janeiro de 2008.

Nota 2: No caso do DIU, o custo unitário foi estimado a partir de um pregão eletrônico da Secretaria Municipal de Administração de Florianópolis, que o adquiriu a um custo unitário de R\$30,00 (em um compra de 400 unidades, isto é, semelhante a necessidade estimada no Quadro), para maiores detalhes ver o link "Relatório Final", em

<http://wbc.pmf.sc.gov.br/WBCc066.asp?OC=974&tipo=>

(*) Uma consulta para mulheres de 15 a 19 anos. (**) Com indicação clínica e de acordo com a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Neste caso, não tem sentido estimar o estoque de segurança de 25%. Além disso, o custo médio por mulher/ano foi dividido por 12,5 anos, que corresponde ao tempo médio de atuação do método (diferença entre 49 anos e 25 anos / 2).

(***) Os percentuais não somam 100,0% devido ao fato de que, entre as mulheres que não desejam mais filhos no momento da entrevista, muitas delas utilizam ou desejariam utilizar mais de um método associado.

9.2B – ÁREAS DE AGLOMERADOS SUBNORMAIS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 2007

Planilha de estimativa da necessidade anual para manutenção dos métodos anticoncepcionais para a população feminina

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de ações de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25%, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [CxI]+ [ExF] + [LxM], (O) Custo por mulher / ano (R\$)														
A	B	C (R\$)	D	E (R\$)	F	G (%)	H (%)	I	J	K	L	M (R\$)	N (R\$)	O (R\$)
Pílula					49.195	100,0%	12,9%	49.194		634.603	793.254	-	1.914.206,79	38,91
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	44.275	100,0%	11,6%	44.275	13	575.575	719.469	0,89	1.522.860,99	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	4.919	100,0%	1,3%	4.919	12	59.028	73785	3,98	391.345,80	79,56
Condom masculino	1 (*)	0,98	1	0,43	228.416	100,0%	60,1%	228.416	216	49.337.856	61.672.320	0,18	11.360.955,01	49,74
DIU	2	13,00	1	0,43	3.477	100,0%	0,9%	3.477	0,25	869	1.087	30,00	79.316,54	22,81
Injeção trimestral	3	19,50	1	0,43	5.215	100,0%	1,4%	5.215	4	20.860	26.075	7,34	295.328,06	56,63
Diafragma + geléia espermicida	2	13,00	1	0,43	1.912	100,0%	0,5%	1.912	3,5	6.692	8.365	36,72	332.846,70	174,08
Implante hormonal	1	6,50	1	0,43	1.912	100,0%	0,5%	1.912	0,33	631	789	300,00	249.955,90	130,73
Métodos naturais	1 (*)	0,98	1	0,43	4.867	100,0%	1,3%	4.867	0	0	0	0,00	6.852,74	1,41
Subtotal - nível primário								294.993					14.239.461,72	48,27
Vasectomia (**)	1	6,50	3	1,30	2.434	100,0%	0,6%	2.434	1	2.434	3.043	225,34	704.705,76	23,16
Laqueadura (**)	3	19,50	3	1,30	4.693	100,0%	1,2%	4.693	1	4.693	4.693	580,51	2.821.943,14	48,10
Subtotal - nível terciário								7.127					3.526.648,90	39,59
Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/ 246.494)													17.766.110,62	91,58
Custo para mulheres em idade fértil (N/ 380.345)														46,71

Fonte: Elaboração adaptada a partir de Brasil (2002). Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 80p.

Nota 1: Os custos unitários foram extraídos a partir das médias observadas no Banco de Preços em Saúde, disponível em: <http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>, acessado em 17 de janeiro de 2008.

Nota 2: No caso do DIU, o custo unitário foi estimado a partir de um pregão eletrônico da Secretaria Municipal de Administração de Florianópolis, que o adquiriu a um custo unitário de R\$30,00 (em um compra de 400 unidades, isto é, semelhante a necessidade estimada no Quadro), para maiores detalhes ver o link "Relatório Final", em

<http://wbc.pmf.sc.gov.br/WBCc066.asp?OC=974&tipo=>

(*) Uma consulta para mulheres de 15 a 19 anos. (**) Com indicação clínica e de acordo com a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Neste caso, não tem sentido estimar o estoque de segurança de 25%. Além disso, o custo médio por mulher/ano foi dividido por 12,5 anos, que corresponde ao tempo médio de atuação do método (diferença entre 49 anos e 25 anos / 2).

(***) Os percentuais não somam 100,0% devido ao fato de que, entre as mulheres que não desejam mais filhos no momento da entrevista, muitas delas utilizam ou desejariam utilizar mais de um método associado.

9.3a – ÁREAS DE AGLOMERADOS SUBNORMAIS DO BRASIL - 2007

Planilha de estimativa da necessidade atual (cobertura inicial de 100%) de métodos anticoncepcionais para a população feminina

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de ações de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25%, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [C x I]+ [E x F] + [L x M], (O) Custo por mulher / ano (R\$)														
A	B	C (R\$)	D	E (R\$)	F	G (%)	H (%)	I	J	K	L	M (R\$)	N (R\$)	O (R\$)
Pílula					289.037	100,0%	12,9%	289.037		3.728.577	4.660.721	-	11.246.948,81	38,91
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	260.133	100,0%	11,6%	260.133	13	3.381.729	4.227.161	0,89	8.947.404,38	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	28.904	100,0%	1,3%	28.904	12	346.848	433560	3,98	2.299.544,43	79,56
Condom masculino	1 (*)	0,98	1	0,43	1.342.030	100,0%	60,1%	1.342.030	216	289.878.480	362.348.100	0,18	66.749.888,14	49,74
DIU	2	13,00	1	0,43	205.288	100,0%	9,2%	205.288	0,25	51.322	64.153	30,00	4.682.223,70	22,81
Injeção trimestral	3	19,50	1	0,43	30.640	100,0%	1,4%	30.640	4	122.560	153.200	7,34	1.735.158,52	56,63
Diafragma + geléia espermicida	2	13,00	1	0,43	11.235	100,0%	0,5%	11.235	3,5	39.323	49.153	36,72	1.955.817,92	174,08
Implante hormonal	1	6,50	1	0,43	11.235	100,0%	0,5%	11.235	0,33	3.708	4.634	300,00	1.468.092,26	130,67
Métodos naturais	1 (*)	0,98	1	0,43	28.597	100,0%	1,3%	28.597	0	0	0	0,00	40.264,58	1,41
Vasectomia (**)	1	6,50	3	1,30	14.299	100,0%	0,6%	14.299	1	14.299	17.874	225,34	4.139.323,64	23,16
Laqueadura (**)	3	19,50	3	1,30	308.442	100,0%	13,8%	308.442	1	308.442	308.442	580,51	185.468.950,58	48,10
Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/ 1.448.248)													277.486.668,14	191,60
Custo para mulheres em idade fértil (N/ 2.234.674)														124,17

Fonte: Elaboração adaptada a partir de Brasil (2002). Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 80p.

Nota 1: Os custos unitários foram extraídos a partir das médias observadas no Banco de Preços em Saúde, disponível em: <http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>, acessado em 17 de janeiro de 2008.

Nota 2: No caso do DIU, o custo unitário foi estimado a partir de um pregão eletrônico da Secretaria Municipal de Administração de Florianópolis, que o adquiriu a um custo unitário de R\$30,00 (em um compra de 400 unidades, isto é, semelhante a necessidade estimada no Quadro), para maiores detalhes ver o link "Relatório Final", em <http://wbc.pmf.sc.gov.br/WBCC066.asp?OC=974&tipo=>

(*) Uma consulta para mulheres de 15 a 19 anos. (**) Com indicação clínica e de acordo com a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Neste caso, não tem sentido estimar o estoque de segurança de 25%. Além disso, o custo médio por mulher/ano foi dividido por 12,5 anos, que corresponde ao tempo médio de atuação do método (diferença entre 49 anos e 25 anos / 2).

(***) Os percentuais não somam 100,0% devido ao fato de que, entre as mulheres que não desejam mais filhos no momento da entrevista, muitas delas utilizam ou desejariam utilizar mais de um método associado.

9.3b – ÁREAS DE AGLOMERADOS SUBNORMAIS DO BRASIL - 2007

Planilha de estimativa da necessidade anual para manutenção dos métodos anticoncepcionais para a população feminina

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de ações de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25 %, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [CxI]+ [ExF] + [LxM], (O) Custo por mulher / ano (R\$)														
A	B	C (R\$)	D	E (R\$)	F	G (%)	H (%)	I	J	K	L	M (R\$)	N (R\$)	O (R\$)
Pílula					304.974	100,0%	12,9%	304.974		3.934.165	4.917.706	-	11.867.053,76	38,91
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	274.477	100,0%	11,6%	274.477	13	3.568.201	4.460.251	0,89	9.440.773,43	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	30.497	100,0%	1,3%	30.497	12	365.964	457455	3,98	2.426.280,33	79,56
Condom masculino	1 (*)	0,98	1	0,43	1.416.029	100,0%	60,1%	1.416.029	216	305.862.264	382.327.830	0,18	70.430.450,40	49,74
DIU	2	13,00	1	0,43	21.553	100,0%	0,9%	21.553	0,25	5.388	6.735	30,00	491.571,45	22,81
Injeção trimestral	3	19,50	1	0,43	32.329	100,0%	1,4%	32.329	4	129.316	161.645	7,34	1.830.807,43	56,63
Diafragma + geléia espermicida	2	13,00	1	0,43	11.854	100,0%	0,5%	11.854	3,5	41.489	51.861	36,72	2.063.570,70	174,08
Implante hormonal	1	6,50	1	0,43	11.854	100,0%	0,5%	11.854	0,33	3.912	4.890	300,00	1.549.183,78	130,69
Métodos naturais	1 (*)	0,98	1	0,43	30.174	100,0%	1,3%	30.174	0	0	0	0,00	42.484,99	1,41
Subtotal - nível primário								1.828.767					88.275.122,52	48,27
Vasectomia (**)	1	6,50	3	1,30	15.087	100,0%	0,6%	15.087	1	15.087	18.859	225,34	4.367.433,49	23,16
Laqueadura (**)	3	19,50	3	1,30	29.096	100,0%	1,2%	29.096	1	29.096	29.096	580,51	17.495.686,66	48,10
Subtotal - nível terciário								44.183					21.863.120,15	39,59
Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/ 1.448.248)													110.138.242,67	91,58
Custo para mulheres em idade fértil (N/ 2.234.674)														46,71

Fonte: Elaboração adaptada a partir de Brasil (2002). Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 80p.

Nota 1: Os custos unitários foram extraídos a partir das médias observadas no Banco de Preços em Saúde, disponível em: <http://bpreco.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>, acessado em 17 de janeiro de 2008.

Nota 2: No caso do DIU, o custo unitário foi estimado a partir de um pregão eletrônico da Secretaria Municipal de Administração de Florianópolis, que o adquiriu a um custo unitário de R\$30,00 (em um compra de 400 unidades, isto é, semelhante a necessidade estimada no Quadro), para maiores detalhes ver o link "Relatório Final", em <http://wbc.pmf.sc.gov.br/WBCc066.asp?OC=974&tipo=>

(*) Uma consulta para mulheres de 15 a 19 anos. (**) Com indicação clínica e de acordo com a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Neste caso, não tem sentido estimar o estoque de segurança de 25%. Além disso, o custo médio por mulher/ano foi dividido por 12,5 anos, que corresponde ao tempo médio de atuação do método (diferença entre 49 anos e 25 anos / 2).

(***) Os percentuais não somam 100,0% devido ao fato de que, entre as mulheres que não desejam mais filhos no momento da entrevista, muitas delas utilizam ou desejariam utilizar mais de um método associado.

**ANEXO 10 - AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PREVISTA NO
PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO – PAC SAÚDE**

(Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/programa.php>)

Eixo 1 – Promoção da Saúde

Medida 1.3 – Expandir as ações de planejamento familiar

Meta	Meta financeira 2008/2011 (R\$)			
	Meta física até 2011	Total	PPA	Expansão
1.3.1 - Ampliar a compra e distribuição de métodos contraceptivos (anticoncepcionais orais e injetáveis; DIU; diafragma; preservativos) e anticoncepção de emergência garantindo a cobertura de mais 10 milhões de mulheres em idade fértil, totalizando 21 milhões de mulheres atendidas pelo SUS, até 2011, ao custo médio de R\$ 21 mulher/ano.	21 milhões de mulheres	547.808.035	-	547.808.035
1.3.2 - Ampliar a distribuição de contraceptivos através da expansão da rede do Programa Farmácia Popular do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, até 2011. Recurso total de R\$ 237.057.405	1,3 milhão de pessoas	Recursos assegurados no Programa Aqui Tem Farmácia Popular		
1.3.4 - Ampliar a quantidade de laqueaduras realizadas passando de 50 mil/ano para 51 mil em 2008 e aumento de 10% ao ano até 2011, ao custo de R\$ 266 por procedimento.	70 mil laqueaduras/ano	62.782.286	53.000.000	9.782.286
1.3.5 - Qualificar 1.300 profissionais (médicos e enfermeiros) em 500 maternidades de referência no País, até 2011, para garantir orientação adequada sobre Planejamento Familiar imediatamente após o parto, ao custo médio de R\$ 800 por profissional.	1.300 profissionais	1.043.444	-	1.043.444
1.3.6 - Produzir 6,52 milhões de cartilhas, até 2011, ao custo médio de R\$ 0,15 por unidade, sobre direitos sexuais e reprodutivos e métodos anticoncepcionais para usuários(as), adolescentes, adultos e profissionais de saúde da atenção básica.	6,52 milhões de cartilhas	3.912.915	-	3.912.915
1.3.7 - Implantar Centros de Reprodução Assistida em 5 universidades, até 2011	5 centros	92.750.000	-	92.750.000
Total	-	745.035.176	70.500.000	674.535.176

Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/pdf/mais_saude_direito_todos_2008_2011_p3.pdf, pág. 15-16

Eixo 2 – Atenção à Saúde

Medida 2.13 – Apoiar a produção nacional de preservativos a partir da fábrica de Xapuri/Acre para prevenção e controle das DST/AIDS.

Meta	Meta física até 2011	Meta financeira 2008/2011 (R\$)		
		Total	PPA	Expansão
2.13.1 – Adquirir 517 milhões de unidades de preservativos, ao final de 2011, da fábrica de Xapuri/AC, incluindo subsídios para melhoria contínua do processo de produção e desenvolvimento de novas tecnologias de interesse da saúde	517 milhões de preservativos	82.641.467	21.600.000	61.041.467

Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/pdf/mais_saude_direito_todos_2008_2011_p4.pdf, pág.32